

LES MALADIES URINAIRES EN MILIEU MILITAIRE

A propos de 160 cas hospitalisés a l'hôpital central d'instruction
de l'A. N. P.

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mars 1973

par

NOURI MOHAMED - TAHAR

Né le 6 Août 1946 à SKIKDA

Membres du Jury

MM. **M.A. MERIOUA**, Professeur (Pathologie Médicale) } **Président**

J. THOMAS, Maître de Conférence Agrégé (Médecine Générale)

S. ZERDANI, Maître de Conférence Agrégé (Médecine Générale)

M. ABOULOLA, Professeur (Chirurgie Infantile)

J.J. CARON, Maître de Conférence Agrégé (Chirurgie Générale)

} **Juges**

LES MALADIES URINAIRES EN MILIEU MILITAIRE

A propos de 160 cas hospitalisés a l'hôpital central d'instruction
de l'A. N. P.

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mars 1973

par

NOURI MOHAMED - TAHAR

Né le 6 Août 1945 à SKIKDA

Membres du Jury

MM. M.A. MERIOUA, Professeur (Pathologie Médicale) } **Président**

J. THOMAS, Maître de Conférence Agrégé (Médecine Générale) }

S. ZERDANI, Maître de Conférence Agrégé (Médecine Générale) }

M. ABOULOLA, Professeur (Chirurgie Infantile) }

J.J. CARON, Maître de Conférence Agrégé (Chirurgie Générale)..... }

Juges

Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41548218_0002

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

CHAPTER I

THE HISTORY OF THE

The history of the world is a long and tedious story, but it is one which is full of interest and variety. It is a story which is full of the struggles of the human race, and of the triumphs of the human spirit. It is a story which is full of the deeds of the great men of the world, and of the lives of the great women of the world. It is a story which is full of the adventures of the great explorers, and of the discoveries of the great scientists. It is a story which is full of the wars of the great empires, and of the peace of the great nations. It is a story which is full of the joys of the great cities, and of the sorrows of the great villages. It is a story which is full of the hopes of the great future, and of the fears of the great past.

The history of the world is a long and tedious story, but it is one which is full of interest and variety. It is a story which is full of the struggles of the human race, and of the triumphs of the human spirit. It is a story which is full of the deeds of the great men of the world, and of the lives of the great women of the world. It is a story which is full of the adventures of the great explorers, and of the discoveries of the great scientists. It is a story which is full of the wars of the great empires, and of the peace of the great nations. It is a story which is full of the joys of the great cities, and of the sorrows of the great villages. It is a story which is full of the hopes of the great future, and of the fears of the great past.

The history of the world is a long and tedious story, but it is one which is full of interest and variety. It is a story which is full of the struggles of the human race, and of the triumphs of the human spirit. It is a story which is full of the deeds of the great men of the world, and of the lives of the great women of the world. It is a story which is full of the adventures of the great explorers, and of the discoveries of the great scientists. It is a story which is full of the wars of the great empires, and of the peace of the great nations. It is a story which is full of the joys of the great cities, and of the sorrows of the great villages. It is a story which is full of the hopes of the great future, and of the fears of the great past.

The history of the world is a long and tedious story, but it is one which is full of interest and variety. It is a story which is full of the struggles of the human race, and of the triumphs of the human spirit. It is a story which is full of the deeds of the great men of the world, and of the lives of the great women of the world. It is a story which is full of the adventures of the great explorers, and of the discoveries of the great scientists. It is a story which is full of the wars of the great empires, and of the peace of the great nations. It is a story which is full of the joys of the great cities, and of the sorrows of the great villages. It is a story which is full of the hopes of the great future, and of the fears of the great past.

JE DEDIE CETTE THESE :

- A ma mère
- A mon père : avec toute mon affection et mon respect
pour leur dévouement et leurs sacrifices incessants envers moi.
- A mon frère Abdenmour
- A mes soeurs Nabila et Samia
- A mes oncles et mes tantes
- A mes cousins et cousines
- A tous ceux qui me sont chers
- A tous mes amis

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur M.A. MERIOUA

Nous avons effectué notre premier stage dans
votre service, et nous n'avons cessé par la suite de bénéficier
de votre enseignement.

Vous nous avez fait un très grand honneur
d'accepter de présider notre thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer
aujourd'hui toute notre reconnaissance.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur J. THOMAS

Vous nous avez accueilli avec bienveillance
dans votre service de médecine de l'Hôpital Central d'Instruction
où nous avons pu apprécier votre esprit rigoureux et vos qualités
humaines.

Vous nous avez inspiré le sujet de notre thèse
et encouragé dans son élaboration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre
profonde gratitude.

Monsieur le Professeur S. ZERDANI

Nous avons grandement bénéficié de votre enseignement
au cours de vos leçons magistrales.

Nous sommes très sensibles à votre présence parmi
nos juges et nous vous exprimons nos plus vifs remerciements.

Monsieur le Professeur M. ABOULOLA

Durant une année passée dans votre service,il nous a
été permis d'apprécier votre gentillesse,votre dynamisme et
votre enseignement clair et précis.

C'est pour nous un grand plaisir de vous avoir dans
notre jury de thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici nos
remerciements et notre profond respect.

Monsieur le Professeur J.J. CARON

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter
de siéger dans notre jury de thèse.

Nous vous en remercions et nous vous prions
de croire en notre reconnaissance.

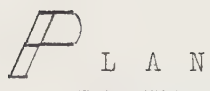
A nos Maîtres de la Faculté

A nos Maîtres des Hôpitaux et plus particulièrement à :

- Monsieur le Professeur A. AIT-KHALED
- Monsieur le Professeur M. BEKKAT
- Monsieur le Professeur M. DJENNAS
- Monsieur le Professeur T. HADDAM
- Monsieur le Professeur J.P. GRANGAUD
- Monsieur le Docteur M. ZIDI

A tous nos camarades : externes, internes et résidents

Au personnel paramédical des services où nous avons effectué nos stages et en particulier des services de médecine (Hôpital Central d'Instruction) et de chirurgie infantile (Hôpital Mustapha).



I/ I N T R O D U C T I O N

2/ EXPOSE GENERAL

3/ ANALYSE DES DOSSIERS

4/ COMMENTAIRES

5/ CONCLUSIONS

6/ BIBLIOGRAPHIE

II N T R O D U C T I O N

Ce travail a pour but d'analyser les dossiers exploitables de néphrologie et d'urologie recueillis en une année (1er Juillet 1971 au 30 Juin 1972) dans des services non spécialisés de l'Hôpital Central d'Instruction de l'ANP.

Il convient :

1/ de souligner le nombre important de malades hospitalisés pour une affection de l'appareil urinaire dans un service de médecine interne;

2/ d'étudier les différents types d'affections rencontrés et d'en exposer succinctement les circonstances de survenue, les tableaux cliniques, les thérapeutiques entreprises et les résultats obtenus;

3/ de faire ressortir la grande variété et souvent la complexité du diagnostic et de la thérapeutique de ces maladies, montrant ainsi l'intérêt d'un service commun et spécialisé de néphrologie et d'urologie.

III. II-XPOSE GENERAL

Dans les services de médecine et de chirurgie de l'Hôpital Central d'Instruction de l'ANP, nous avons trouvé environ 200 dossiers de malades hospitalisés pour des affections néphrologiques ou urologiques; seulement 160 de ces dossiers sont exploitables.

Cela représente un groupe important de malades qui posent souvent des difficultés de diagnostic et de thérapeutique.

Il nous est impossible, dans cette étude, de passer en revue, de façon détaillée, chaque type d'affection rencontrée. Nous nous limitons, après avoir groupées les maladies en fonction du type lésionnel ou de l'étiologie, de faire ressortir les caractères principaux en ce qui concerne les conditions dans lesquelles nous avons été amenés à voir ces malades, les investigations qui ont été entreprises, les moyens thérapeutiques utilisés et les résultats obtenus.

Avant de passer en revue les dossiers, nous allons présenter, à l'aide de deux tableaux :

- la fréquence générale de la néphrologie et de l'urologie en milieu hospitalier militaire;
- la classification que nous avons adoptée pour étudier ces malades.



II-) - FREQUENCE GLOBALE DES MALADES PRESENTANT UNE AFFECTION UROLOGIQUE
OU NEPHROTIQUE (Tableau n° 1)

Nous avons retenu 160 dossiers de maladies urinaires avec un nombre un peu plus élevé en médecine qu'en chirurgie (90 pour le premier service et 70 pour le second) pour un total de 3281 malades hospitalisés, ce qui représente un pourcentage de 4,87%.

En fait si l'on tient compte des dossiers égarés ou inexploitables, notamment en chirurgie, il nous faudrait dans ce cas, compter réellement 200 dossiers de néphrologie et d'urologie, ce qui donnerait alors un pourcentage de 6,09%.

De plus il nous faut signaler que nous n'avons pas inclus dans cette étude les dossiers de pédiatrie car les archives de ce service sont inexploitables.

Enfin bon nombre de maladies urinaires n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation car les malades sont triés :

- lors des visites d'incorporation
- lors des consultations au niveau des corps de l'ANP
- lors des consultations externes à l'hôpital.

Il en ressort que ce pourcentage, déjà très élevé, de 6,09% de maladies urinaires ne constitue pas un reflet exact de la pathologie urinaire en ALGERIE, mais concerne uniquement les malades hospitalisés durant la période considérée.



FREQUENCE GENERALE

Tableau n° 1

Nombre de malades	Médecine	Chirurgie	Total
Nombre de malades atteints d'une affection urinaire	90	70	160
Nombre total de malades hospitalisés	1564	1717	3281
$\frac{\text{Nombre de maladies urinaires}}{\text{Nbre total d'hospitalisés}}$	5,75%	4,07%	4,87%

B - CLASSIFICATION DES MALADIES ETUDIEES (Tableau n° 2)

Dans un souci de clarté, nous avons réparti les malades, dans notre étude, en fonction de l'étiologie principale qui a motivée l'hospitalisation ou qui a fait l'objet d'un traitement.

Il va s'en dire que les différentes affections urinaires, que nous avons rencontrées, présentent souvent des intrications que nous ne manquerons pas de signaler dans chaque cas.

C L A S S I F I C A T I O N

Tableau n° 2

N°	A F F E C T I O N S	Nbre de cas
1	T u m e u r s	11
2	Malformations	18
3	Lithiases	25
4	Bilharzioses	10
5	Coliques néphrétiques sans étiologie	24
6	Hématuries sans étiologie	21
7	Proteïnuries isolées	5
8	Uropathies basses	26
9	Néphropathies	20
Total		160

III II- NALYSE DES II OSSIERS

A/ LES TUMEURS

I. TABLEAU D'ENSEMBLE

Les tumeurs rénales sont très variées, quant à leur localisation, leurs formes anatomopathologiques, leurs difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Nous avons observé :

1) - 3 cas de tumeurs rénales :

- un kyste solitaire du rein
- une tumeur de Grawitz
- un cancer du rein non étiqueté.

2) - 4 cas de tumeurs vésicales

- une polypose vésicale
- un épithélioma vésical
- un adénocarcinome
- une tumeur vésicale non étiquetée.

3) - 4 cas de tumeurs prostatiques : il s'agit d'adénomes prostatiques dans les 4 cas.

II. TUMEURS RENALES

A/ Les malades (tableau n° 3)

Ils présentent une tumeur du rein bénigne ou maligne, développée aux dépens du parenchyme rénal.

Le diagnostic de ces tumeurs, dominé par le problème du cancer, est transformé par les procédés modernes d'exploration et notamment l'angiographie.

Les trois tumeurs rénales que nous avons observées, sont : un kyste solitaire du rein et deux cancers.

On connaît le polymorphisme clinique de ces tumeurs qui fait qu'elles restent, souvent, très longtemps méconnues. Cependant, dans les trois cas que nous rapportons, nous avons retrouvé la triade symptomatique classique :

- hématurie,
- douleurs lombaires,
- tumeur d'une fosse lombaire.

L'urographie intraveineuse constitue la clef de voûte du diagnostic. Dans les trois cas nous avons retrouvé des anomalies au niveau des cavités excrétrices pyelocolicielles. Mais nous n'avons pas pu juger de la bénignité ou de la malignité de ces tumeurs rénales sur le simple vu des clichés radiologiques.

Ainsi l'artériographie rénale sélective représente l'examen capital pour confirmer le diagnostic. Elle a été pratiquée dans deux cas et elle nous a permis de poser le diagnostic de kyste solitaire du rein dans un cas et de cancer du rein dans l'autre cas.

B/ Le type histologique

Les tumeurs rénales peuvent se développer à partir de chacun des éléments constitutifs du rein. Nous n'avons pas rencontré de malades présentant une

tumeur des voies excrétrices pyélo-urétérales, ou de la capsule rénale, ni de métastases.

Il s'agit dans un cas, d'une tumeur bénigne : un kyste solitaire du rein.

Le cancer du rein, d'origine épithéliale conjonctival ou mixte est plus fréquent. Nous en avons retrouvé deux cas : le premier (dossier 798) correspond à un néphroblastome; le second (dossier 1568) nous n'avons pas eu de compte rendu anatomo-pathologique, mais l'aspect macroscopique, lors de l'intervention chirurgicale ne laisse pas de doute quant à la malignité de la tumeur : en effet on a mis en évidence une énorme masse rétropéritonéale, envahissant toute la cavité abdominale droite, et la dissection fut impossible.

Précisons enfin que nous n'avons pas introduit dans notre étude, comme nous l'avons déjà signalé les cas qui pourraient être recueillis en pédiatrie où la pathologie tumorale est très fréquente.

C/ Thérapeutique

Dans la majorité des cas, surtout lorsqu'on soupçonne un cancer, la chirurgie constitue le seul traitement possible des tumeurs du rein. Nos trois malades ont été opérés.

1) Le kyste solitaire du rein: le malade a subi une intervention chirurgicale malgré la bénignité certaine de la tumeur, du fait de la mauvaise tolérance du kyste.

2) Les cancers : les deux malades ont été opérés. L'évolution immédiate a été favorable dans un cas (néphroblastome). La tumeur envahissante n'a pu être extirpée dans le deuxième.

TUMEURS RENALES (Diagnostic)

Tableau n° 3

Dossier	Héma- turie	Douleurs lombaires	Tumeur	UIV	Angio- graphie	Diagnostic
758	+	+	+	+	+	Kyste solitaire
798	+	+	+	+	+	Tumeur de Grawitz
1563	+	+	+	+		Tumeur maligne non précisée

III. TUMEURS DE LA VESSIE

A/ Les malades

Les tumeurs de la vessie sont fréquentes. Elles appartiennent à des types anatomopathologiques très divers et elles posent parfois de difficiles problèmes de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique.

Mais qu'elles soient bénignes ou malignes, elles se traduisent par une symptomatologie identique. En effet les malades sont amenés à consulter pour deux symptômes principaux : l'hématurie et les troubles de la miction :

(a) l'hématurie : c'est le symptôme le plus fréquent. On le retrouve chez les 4 malades. Dans deux cas il s'agit d'une hématurie terminale. Dans deux cas les malades ont présenté une hématurie totale, abondante, ayant entraîné une anémie.

(b) Les troubles de la miction : ils ne sont pas aussi fréquents que le premier signe. On les a retrouvés chez trois malades sur 4. Ils sont à type de pollakiurie et de brûlures mictionnelles. Ils peuvent être en rapport soit avec la tumeur elle-même, soit avec une infection surajoutée; mais chez nos quatre malades nous n'avons pas trouvé d'infection associée.

Ces signes d'appel sont précieux mais insuffisants pour permettre un diagnostic.

(c) L'examen clinique : est souvent en défaut. Le palper abdominal combiné au toucher rectal, n'a pas mis en évidence une tumeur chez ces quatre malades.

(d) La cystoscopie : constitue donc l'élément capital du diagnostic. Elle nous a permis dans tous les cas de visualiser la tumeur et d'en apprécier les caractères : siège - dimension - forme - uni ou multiplicité. Elle a permis en outre, de pratiquer une biopsie de la lésion dans un cas.

(e) L'urographie intraveineuse : elle demeure un examen important dans le diagnostic. Elle nous a permis, au temps cystographique, de retrouver des lacunes tumorales dans trois cas sur quatre. En outre, elle nous permet d'apprécier le retentissement de la tumeur vésicale sur le haut appareil.

(f) La cystographie par voie basse n'a pas été utile chez nos malades.

B/ Type histologique

Les tumeurs vésicales sont classées en fonction de leur origine tissulaire, en tumeurs d'origine épithéliale, d'origine conjonctive et d'origine embryonnaire.

En ce qui concerne les quatre observations recueillies, nous avons retrouvé :

- un adénocarcinome
- une tumeur paramalpighienne
- une polypose vésicale
- une tumeur non étiquetée (pas de compte rendu anatomopathologique).

C/ Thérapeutique

Malgré la multiplicité des traitements, le perfectionnement des méthodes chirurgicales, les nouveaux procédés de traitement par les radiations, les nouvelles

substances cytostatiques, le traitement des tumeurs de la vessie reste fort décevant.

Les différents procédés thérapeutiques sont médicaux, chirurgicaux, endoscopiques, physiothérapiques et chimiothérapiques. Le choix entre toutes ces armes est difficile et dépend des possibilités du service. Il est possible de les combiner ou de les utiliser séparément et successivement chez un même malade.

Une intervention chirurgicale ne peut être envisagée que dans de bonnes conditions techniques. Dans un cas, une tumeur de la taille de deux framboises est enlevée par électrosection et plusieurs petites tumeurs voisines sont électrocoagulées.

Ces interventions sont parfois importantes : cystectomie partielle dans un cas (adénocarcinome).

Un traitement antimitotique a été institué après une " taille vésicale " pour épithélioma dans un cas, et cela nécessite l'association avec un service où ce traitement peut être entrepris dans de bonnes conditions.

TUMEURS VESICALES (Diagnostic)

Tableau n° 4

Dossier	Héma- turie	Troubles de la miction	T.R.	F.N.S.	Cysto- scopie	UIV	Diagnostic
989	+ HT	+	o	G.R. = 3150000 GB : 5300	+	+	Polypose vésicale
534	+ HT	o	o	-	+	(-)	Tumeur vésicale
515	+ HT	+	o	GR = 2.500.000	+	+	Epithélioma vésical
639	+	+	o	GB: 9000	+	+	Tumeur maligne

III. TUMEURS PROSTATIQUES

A/ Les malades (tableau n° 5)

Une tumeur de la prostate, du fait de sa situation anatomique par rapport aux voies excrétrices urinaires se manifeste dans un premier temps par une symptomatologie urinaire à type de troubles de la miction, hématuries, ou rétention vésicale, et, dans un deuxième temps par un retentissement sur le haut appareil urinaire (insuffisance rénale).

Les tumeurs de la prostate se divisent en deux grands groupes :

- les cancers prostatiques : nous n'en avons pas observés;
- les adénomes prostatiques : nous en avons vus 4 cas.

En fait nous avons observé un nombre beaucoup plus important " d'hyper-trophie prostatique ", mais celle-ci est habituellement bien tolérée et ne justifie qu'un traitement médical simple. Ces malades étaient hospitalisés pour des raisons différentes.

1) La clinique : l'adénome prostatique peut se révéler soit par des troubles mictionnels d'apparition progressive; dans un cas on a noté une pollakiurie avec dysurie, soit par des complications : rétention aiguë d'urine : 3 cas; hématurie : 2 cas.

Mais pour les trois malades qui se sont présentés au stade de complications (rétention aiguë d'urine et hématurie) l'interrogatoire nous a permis de retrouver des troubles mictionnels dans les antécédants.

2) Le toucher rectal : est le temps capital de l'examen. Il nous a permis dans tous les cas de trouver une hypertrophie de la prostate et dans 2 cas sur quatre de poser avec certitude le diagnostic d'adénome prostatique. Le toucher rectal constitue donc un examen indispensable. Les examens complémentaires ne viennent qu'au deuxième rang.

3) L'urographie intraveineuse : l'UIV est un examen important. Elle nous a montré l'empreinte de l'adénome au niveau de la vessie dans deux cas. Elle nous permet en outre d'apprécier le rétentissement de la tumeur sur l'appareil urinaire.

B/ Type histologique :

l'hypertrophie de la prostate peut se faire au dépens de chacun des constituants tissulaires prostatiques : les glandes tubuloalvéolaires ou le tissu de soutien musculoconjonctif.

Le plus souvent il s'agit d'un adénofibromyome avec composante glandulaire prédominante.

Pour les quatre observations que nous présentons, nous ne pouvons pas préciser le type histologique exact car nous n'avons pas eu d'examen anatomopathologique.

Cela est d'autant plus regrettable que l'on sait que dans 4 à 10% selon les auteurs, les prostates adénomyomateuses contiennent un foyer tumoral malin, ce qui devrait rendre obligatoire l'examen anatomopathologique des pièces d'adénomectomie.

C/ La thérapeutique :

Le traitement des adénomes prostatiques est double : médical : sédatif et decongestionnants pelviens; chirurgical : l'adénomectomie.

Nos malades ont subi une adénomectomie du fait du volume important de l'adénome ayant entraîné :

- des troubles mictionnels importants et un début de souffrance du haut appareil urinaire avec infection urinaire dans un cas;

- des complications urinaires à type de rétention aiguë d'urine et hématurie dans trois cas.

Mais cette chirurgie, qui est très hémorragique, comporte un risque opératoire et nécessite une surveillance post opératoire stricte.

C'est ainsi que nous avons enregistré un décès dans les suites opératoires (dossier 1134) : le malade a présenté très probablement une complication thrombo-embolique ayant entraînée une mort subite.

ADENOMES PROSTATIQUES

Tableau n° 5

Dossier	Polla- kiurie	Dysu- rie	Réten- tion d'urines	Héma- turie	T.R.	ECB	Urée	UIV
1586	+	+	+	-	+	-	0,30	N
1202	+	+	+	+	+	+ Entérec- oque	?	+
1134	+	+	+	+	+	-	?	+
585	+	+	-	-	+	+	0,25	?

B/ MALFORMATIONS

I. LES MALADES

Nous avons relevé 18 cas de malformations que l'on a classées comme suit :

(1) Malformations rénales : 6 cas

- anomalies de rotation = 3 cas
- rein en fer à cheval = 1 cas
- rein mobile = 1 cas
- anomalie calicielle = 1 cas.

(2) Anomalies des jonctions : 5 cas

- anomalies de la jonction pyelo-calicielle = 2 cas
- anomalies de la jonction pyelo-ureterale = 2 cas
- anomalie de la jonction uretero-cystique = 1 cas

(3) Malformations ureterales : 3 cas

- duplicités ureterales = 2 cas
- rétrécissement ureteral = 1 cas.

(4) Uretero-hydronephrose : 1 cas

(5) Malformations ureterales : 3 cas

- rétrécissement de l'uretère : 2 cas
- hypospadias : 1 cas

Les malformations de l'appareil urinaire sont fréquentes et variées. Mais il est difficile d'apprécier leur importance car elles ne font pas toutes l'objet d'une hospitalisation.

Nous avons pu dépister la malformation dans deux circonstances :

- soit parceque le malade a présenté des signes fonctionnels non spécifiques : 8 cas,

- soit parceque le malade a présenté des complications qui ont motivées une consultation : 10 cas.

Les complications ont été à type de :

. lithiases : 5 cas

. infections: 4 cas

. hypertension artérielle : 1 cas

Dans tous les cas nous avons eu recours aux examens complémentaires pour poser le diagnostic (tableau n° 6).

(1) Urographie intraveineuse

Elle a révélé la malformation chaque fois que celle-ci portait sur le rein ou les voies excrétrices hautes, soit 15 cas sur 18.

Elle a permis également d'apprécier le ~~retentissement~~ de cette malformation sur l'appareil urinaire.

(2) Uretero-cystographie rétrograde

Elle s'est révélée très utile dans les deux cas de rétrécissements urétraux pour poser le diagnostic et pour guider la thérapeutique.

(3) La cystoscopie

Nous l'avons pratiquée dans trois cas; et deux fois elle s'est montrée utile :

- en confirmant le diagnostic présumé
- en montrant l'association d'une autre anomalie :

petite vessie dans un cas, lithiase du meat ureteral dans l'autre.

MAIFORMATIONS

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Tableau n° 6

N°	Dossiers	U.I.V.	U.C.R.	Cystoscopie
1	215	+		
2	1188	+		
3	822	+		
4	501	+		
5	1203	+		(+)
6	1606	+		(-)
7	487	+		(+)
8	1013	+		
9	234	+		
10	1391	+		
11	1259	+	(-)	
12	349	+		
13	11	+		
14	507	+		
15	525		(+)	
16	738		(+)	
17	434			
18	824	+		

II. CONSEQUENCES

Les malformations de l'appareil urinaire restent souvent asymptomatiques et ce n'est qu'un examen systématique qui permet de les mettre en évidence. Mais elles peuvent entraîner parfois des complications et c'est dans ces circonstances surtout qu'on les dépistera (tableau n° 7).

(1) Manifestations douloureuses : elles ne présentent pas de caractères typiques et elles sont variables dans leur localisation, leur intensité, leur durée. Elles sont fréquentes. Nous les avons retrouvées chez 11 de nos malades.

(2) Dysurie : a également été fréquemment signalée : 11 de nos malades.

(3) Hématurie : l'hématurie n'est pas un signe fréquent. Nous l'avons retrouvé chez 6 malades, mais dans trois cas les malades présentaient également une lithiase.

(4) Infection : l'infection est fréquente et c'est elle souvent qui va révéler la malformation.

Nous avons noté 6 cas de surinfections.

(5) Lithiase : la lithiase est une des complications classiques des malformations de l'appareil urinaire (lithiase d'organe).

On la retrouve chez cinq de nos malades.

(6) Hydronephrose : on a retrouvé deux cas d'hydronephrose au cours de malformations de la jonction pyeloureterale, avec dans un cas association

d'une lithiase; dans un autre cas association d'une hypertension artérielle. L'hydronephrose a une grande valeur pronostique car elle expose le malade à une destruction rénale.

(7) Hypertension artérielle : nous avons constaté une hypertension artérielle dans un cas de malformation de la jonction pyéloureterale avec hydronephrose (dossier n° 11). La relation de cette hypertension artérielle avec la malformation et l'hydronephrose est possible, mais ne peut être affirmée avec certitude, le malade n'ayant pas été opéré dans le but de corriger la malformation.

MALFORMATIONS

CONSEQUENCES

Tableau n° 7

N°	Dossier	Douleur	Dysurie	Héma- turie	Infec- tion	Li- thiase	HTA	Hydro- néphrose
1	215		+	+	+			
2	1188	+	+					
3	822	+		+				
4	901		+		+	+		
5	1203	+	+					
6	1606	+	+					
7	487		+	+		+		
8	1013	+		+		+		
9	234	+						
10	1391	+		+		+		+
11	1259	+	+					
12	349	+				+		
13	11	+			+		+	+
14	507		+		+			
15	525		+					
16	738		+	+				
17	434				+			
18	824	+	+		+			

III. T H E R A P E U T I Q U E

Sur 18 cas de malformations de l'appareil urinaire, ont été pratiqués :

dans deux cas une intervention chirurgicale;

dans seize cas un traitement médical.

(1) I n t e r v e n t i o n c h i r u r g i c a l e : nous avons eu recours à deux reprises à une intervention chirurgicale non pas pour traiter la malformation elle-même, mais pour traiter une lithiase associée :

* dossier 1013 : duplicité ureterale + lithiase;

* dossier 1391 : anomalie de la jonction pyelocalicielle + lithiase.

(2) T r a i t e m e n t m é d i c a l : le traitement médical a été institué notamment :

a) dans six cas pour traiter une infection;

b) dans trois cas pour traiter une lithiase;

c) dans un cas pour traiter une hypertension artérielle associée à une hydronephrose chez un malade qui présente une anomalie de la jonction pyeloureterale (dossier n° 11).

d) Dans deux cas pour traiter des retrécissements uretraux en pratiquant des dilatations **sous** couverture antibiotique.

C/ LES LITHIASES

I. LES MALADES

La lithiase urinaire a été définie par la présence de concrétions à l'intérieur des voies urinaires, depuis le calice jusqu'à l'urethre.

C'est une affection fréquemment rencontrée en ALGERIE. Nous rapportons 25 cas de lithiases prouvées, soit un malade sur six en urologie-néphrologie. Mais leur nombre est certainement plus important; mais l'étiologie lithiasique n'est pas toujours affirmée avec certitude.

Nous allons présenter succinctement d'une part les circonstances de diagnostic, d'autre part les différentes localisations rencontrées.

(1) Le diagnostic

La maladie a pu être évoquée sur :

a) les manifestations cliniques : la présence d'un calcul urinaire peut être totalement silencieux et n'être qu'une découverte fortuite. Mais elle a souvent une traduction clinique, à savoir :

* des douleurs : nous avons retrouvé des manifestations douloureuses chez 22 malades, de la simple gêne douloureuse à la crise de colique néphrétique typique;

* hématuries : c'est une hématurie totale. On l'a retrouvée dans 11 cas. C'est un signe banal, mais qui peut parfois être le seul signe de lithiase : 2 cas;

* complications infectieuses : c'est également un signe fréquent. On l'a retrouvé chez cinq malades.

b) L'élimination de calculs ou de sable : dans ce cas le diagnostic est facile. Le problème est de savoir s'il existe d'autres calculs et d'en rechercher la cause.

Nous avons retrouvé une émission de calculs chez 7 malades et une émission de sable dans les urines chez 2 malades.

c) Manifestations biologiques : nous avons pratiqué un certain nombre d'épreuves de laboratoire chez les malades qui présentaient, ou chez qui on soupçonnait la présence d'une lithiase en vue de déceler une anomalie biochimique (tableau n° 8).

Nous avons recherché :

- dans le sang : calcémie - phosphatémie et uricémie
- dans les urines : PH - culot - calciurie - phosphaturie et uricurie.

Les résultats biologiques sont les suivant :

* dans le sang

- calcémie : normale dans tous les cas (95 à 100mg%)
- phosphaturie : normale dans tous les cas (30 à 40 mg %)
- uricémie : augmentée dans un cas (80 mg%)
normale dans les autres (40 à 60 mg%)

* Dans les urines

- pH : compris entre 5,7 et 6,3 atteint 6,6 dans un seul cas;
- Culot : présence de sédiments dans 8 cas
- Calciurie : augmentée dans un cas (640 mg/24h)
normale dans les autres (100 à 300 mg/24h)
- Phosphaturie : normale dans tous les cas (1,81 à 2,83 g/24h)
- Uricurie : normale dans tous les cas (0,50 à 1 g/24h).

d) Les manifestations radiologiques : l'examen radiologique est le temps essentiel de l'examen d'un lithiasique (tableau n° 8).

* L'abdomen sans préparation : il est souvent difficile à interpréter. Il a révélé la lithiase dans un cas seulement;

* l'urographie intraveineuse : c'est un examen indispensable pour affirmer la lithiase, en apprécier le retentissement sur les voies excrétrices d'amont et guider la thérapeutique. Pour nos malades cet examen a été :

- positif dans 16 cas ;
- négatif dans 2 cas ;
- non pratiqué dans 7 cas pour des raisons extra-médicales.

En tenant compte uniquement des cas où l'Urographie intraveineuse a été pratiquée, on obtient les pourcentages suivants :

- . U.I.V. positive dans 85% des cas;
- . U.I.V. négative dans 15% des cas.

N°	Dos... sier	Age	pH	Culot	/ U r i n e s /				S a n g				/ R a d i o			
					Ca mg/ 24h	pH g/ 24h	Uric g/ 24h	Ca mg/ 900	Ph mg/ %00	Uric mg/ %00	ASP	UIV	Calcul ou sable			
1	620	33											C			
2	629	20		Ac Uriq	160		0,62				N	N				
3	821	33								80						
4	846	25		Ox.Ca												
5	848	23											C			
6	1038	38			137	1,12	0,58	96	38	52			C			
7	1230	35	6,6	Ox.Ca	100	1,6	0,90	95	53	57		+				
8	349	30		Ox.Carb Ca	216	1,7	0,70					+				
9	574	42		Ox.Ca	222	0,72	0,54	98	27			+				
10	560	33			183		0,29			40		+	S			
11	901	28										+				
12	1013	27						100		56		+				
13	1040	21			640	9			35			+				
14	1080	21	5,5		167			98	35			+				
15	1364	38						95			+	+	C			

LITHIASES (suite)

N°	Dos...	Age	PH	Culot	U r i n e s				S a n g				R a d i o			
					Ca mg/24h	Ph g/24h	Uric g/24h	Ca mg/00	Ph mg/00	Uric mg/00	ASP	UIV	Calcul ou sable			
16	1391	35										+				
17	1433	37		Ac.Uri- que Ox. Ca. Ph								+			C	
18	1484									52		+			C	
19	1506	26		Urates + Phos							N					
20	1611	30		Ox. de Ca												
21	487	43										+				
22	459	30										+				
23	682											+			C	
24	687	46										+				
25	595	35										N			S	

(2) La localisation

La lithiase peut siéger à n'importe quel niveau à l'intérieur des voies urinaires, depuis le calice jusqu'à l'uretère.

Nous avons enregistré :

- * lithiases pyelocalicielles : 7 cas;
- * lithiases uretérales : 10 cas;
- * lithiases vésicales : 2 cas;
- * microlithiases : 6 cas

Au niveau des voies excrétrices supérieures nous avons noté 17 cas de lithiases avec calculs plus ou moins volumineux, répartis comme suit :

	Droite	Gauche	Bilatérale
Lithiases uretérales	8	2	-
Lithiases pyelo-calicielles	2	4	1
Total	10	6	1
%	59%	35%	6%

Nous remarquons donc, que dans ces 17 cas, le calcul est localisé le plus souvent à droite, beaucoup moins à gauche et que la lithiase est rarement bilatérale.

II. LE TYPE DE LITHIASES

Il est important de déterminer le type de la lithiase grâce aux examens sanguins et urinaires et à l'analyse du calcul éliminé afin de découvrir une éventuelle anomalie, (lithiase d'organisme); dans ce cas un traitement chimiothérapique et diététique pourra être entrepris.

(1) Les microlithiases : pour Six malades ayant présentés une microlithiase, nous avons pu en déterminer le type dans cinq cas :

- * microlithiases uriques : 3 cas

- * microlithiases oxaliques 2 cas

(2) Les calculs éliminés : parmi les sept malades qui ont éliminés un calcul, nous en avons obtenus l'analyse dans cinq cas :

- * oxalate de calcium : 3 cas

- * phosphate de calcium 1 cas

- * carbonate de calcium 1 cas

Au total pour un ensemble de 10 malades, pour lesquels la nature exacte de la lithiase a pu être déterminée, nous avons trouvé :

- * 2 cas de lithiases calciques;

- * 5 cas de lithiases oxaliques;

- * 3 cas de lithiases uriques.

La nature de la lithiase n'a pu être déterminée dans les autres cas malgré les examens biochimiques pratiqués.

I II. CONSEQUENCES DES LITHIASES

La lithiase reste souvent asymptomatique et ne sera découverte que fortuitement lors d'un examen systématique. Mais dans bon nombre de cas elle entraîne des complications qui vont révéler la maladie :

(1) Manifestations douloureuses : elles sont très variables quant à leur forme, leur siège et leur intensité. Nous avons relevé :

- * dans 16 cas des crises de colique néphrétique typique;
- * dans 6 cas des simples gênes, points douloureux.

(2) Hématuries : elles sont totales et elles peuvent être la seule manifestation clinique. On les a retrouvés chez 11 de nos malades.

(3) Infections : l'infection peut constituer la première manifestation clinique de la lithiase. On a retrouvé une infection urinaire chez 5 de nos malades et dans 2 cas on a isolé du staphylocoque pathogène.

(4) Complications mécaniques : elles peuvent être de degré variable.

Pour notre part nous avons observé 9 cas de dilatations pyelocalicielles pour 20 malades chez qui nous avons pratiqué une U.I.V.
Nous n'avons constaté aucun cas d'anurie calculeuse.

IV. GEOGRAPHIE ET FACTEURS FAVORISANTS

(1) Géographie : nous n'avons pas constaté d'unité géographique entre les différents malades.

(2) A g e : les malades sont âgés de 20 à 46 ans; la moyenne d'âge étant de 33 ans.

(3) Troubles métaboliques : il est évident que les troubles métaboliques sont à l'origine d'un certain nombre de lithiases (lithiases d'organisme).

C'est ainsi que nous avons retrouvé cinq cas de microlithiases uriques dont un chez un sujet plethorique hyperuricémique.

(4) Malformations de l'appareil urinaire : les malformations de l'appareil urinaire sont à l'origine d'un grand nombre de lithiases. Nous les avons retrouvées chez 6 malades :

* cinq ont été décelées par l'U.I.V.

- 1 rein en fer à cheval
- 2 anomalies de la jonction pyeloureterale
- 1 duplicité ureterale
- 1 malformation calicielle

* une malformation n'a été vue que lors de l'intervention chirurgicale : il s'agit d'une résection scléreuse périureterale.

REMARQUE

Il ressort, après l'analyse de notre petit nombre de lithiases, le rôle plus évident des malformations (lithiases d'organes) que des anomalies biochimiques (lithiases d'organisme).

V. THERAPEUTIQUE

(1) Traitement médical : le traitement de la lithiase est avant tout un traitement médical. C'est ainsi que nous avons pu traiter :

a) Les microlithiases : dans 6 cas.

Toutes les microlithiases ont bénéficiées d'un traitement médical en vue de diminuer l'élimination urinaire des substances entrant dans la composition de calcul. Il comprend trois volets :

- régime alimentaire
- cure de diurèse
- médications qui diminuent l'excretion urinaire

de la substance en cause; ainsi l'halopurinol qui inhibe la formation de l'acide urique.

b) Les lithiases : dans 12 cas

Il nous a été permis d'instituer un traitement médical dans 12 cas de lithiases. Ce traitement comprend une cure de diurèse et l'administration d'antispasmodiques.

Nous avons constaté l'émission de calcul chez six malades et l'émission de sable dans les urines pour le septième malade. Pour les cinq autres malades, nous ignorons les résultats.

La thérapeutique alcalinisante destinée à assurer la dissolution de calculs uriques mérite d'être utilisée plus souvent.

(2) Traitement chirurgical : nous avons été amené à pratiquer une intervention chirurgicale chez sept malades.

L'indication opératoire a été posée :

- * dans un cas pour lithiase bilatérale;
- * dans trois cas pour corriger des anomalies des voies excrétrices;
- * dans trois cas pour enlever de volumineux calculs qui ont entraînés des complications infectieuses et mécaniques.

D/ BILHARZIOSE URO-GENITALE

I. LES MALADES

La bilharziose uro-génital (B.U.G.) est une maladie parasitaire due à un ver trematode : " schistosoma Haematobium ". Elle est caractérisée par une atteinte diffuse de l'appareil uro-génital, mais sa symptomatologie est dominée par les lésions vésicales.

Selon l'O.M.S. elle est la maladie la plus répandue dans le monde.

Nous avons observé en une année dix cas de malades hospitalisés pour B.U.G. et répartis comme suit :

- 5 cas nouveaux de B.U.G.
- 5 cas de B.U.G. déjà connus et qui reviennent :
 - * soit pour une reprise évolutive de la maladie
 - * soit pour des séquelles.

(1) Les nouveaux cas de bilharziose : pour les cinq cas de B.U.G. nouvellement connus, on a retrouvé une notion de contamination : séjour en zone d'endémie (Fondouk ou Moyent-Orient) (tableau n° 9) .

On a été amené à poser le diagnostic de B.U.G. devant des malades qui ont présenté comme :

a) Manifestations cliniques :

* hématurie terminale

L'hématurie est un signe fidèle. Elle a été observée chez tous nos malades. C'est une hématurie terminale, capricieuse, spontanée, répétée.

* Pollakiurie

Elle a été retrouvée chez tous nos malades. Elle s'est manifestée souvent avant l'hématurie et elle est fréquemment accompagnée de brûlures mictionnelles.

Elle est diurne et nocturne et rebelle à tout traitement non spécifique.

b) Examens complémentaires :

* Eosinophilie sanguine

Elle est très souvent élevée. Elle a été supérieure à 350/mm³ dans trois cas sur cinq. Elle a le mérite d'évoquer une parasitose, mais elle n'est pas spécifique.

* Les oeufs de Schistosoma Haematobium

Ils sont recherchés dans le culot de centrifugation des urines fraîchement émises.

Cet examen a été positif chez un de nos malades et dans ce cas il signe de façon formelle le diagnostic.

Pour les autres cas on ne saurait éliminer la maladie du fait du caractère discontinu des pontes.

* Test de précipitation en immunofluorescence

Cette méthode utilise un broyat de vers comme antigène. On dépose sur une lame une goutte (0,05 ml) de solution conjuguée fluorescent, à la dilution indiquée par le titrage réalisé avec le lot d'antiglobuline humaine fluorescente de l'institut PASTEUR et, ce lot d'antigène.

La lecture est facile, la spécificité très bonne, et la sensibilité extrême. La réaction est positive à partir de dilutions de sérum au 1/10^e. Le test a été réalisé chez deux de nos malades et la réaction a été positive au 1/320^e dans les deux cas.

* Cystoscopie

C'est un examen indispensable. Elle permet de confirmer le diagnostic, de préciser le degré d'atteinte vésicale, d'évaluer les séquelles et de contrôler les effets du traitement.

On peut observer :

- des lésions spécifiques :

- . primaires
- . secondaires
- . tertiaires
- . cicatricielles

- des lésions non spécifiques.

Chez nos cinq malades, il nous a été permis de retrouver des lésions spécifiques au stade primaire, secondaire ou tertiaire.

* L'urographie intra-veineuse (U.I.V.)

Autant la cystoscopie est indispensable pour le diagnostic de la maladie, autant l'U.I.V. l'est pour le diagnostic des complications. C'est donc un examen obligatoire.

Elle a été pratiquée chez trois de nos malades et elle s'est révélée à chaque fois normale.

B I L L H A R Z I O S E - Nouveaux cas (tableau n° 9)

N°	Dossiers	Héma- turie	Polla- kiurie	Eosino- philie	Oeufs de Schistosoma	Immuno- fluorescenc	UIV	Cysto- scopie
1	118	+	+	145/mm ³	0	-	-	LS
2	189	+	+	366/mm ³	0	-	-	LS
3	353	+	+	776/mm ³	0	+ au 1/320é	N	LS
4	559	+	+	1220/mm ³	+	+ au 1/320é	N	LS
5	453	+	+	122/mm ³			N	LS

(2) Bilharzioses déjà connues : nous avons hospitalisé cinq cas de bilharzioses qui ont été déjà diagnostiquées et traitées et qui présentent à nouveau des manifestations cliniques : hématurie et pollakiurie ou simple dysurie (tableau n° 10).

Ces malades se répartissent comme suit :

* trois cas de bilharziose en évolution

Ces malades avaient reçus :

- dans un cas : traitement complet par ambilhar
- dans un cas : traitement incomplet par ambilhar
- dans un cas : traitement par schistosomide.

Pour ces trois cas de B.U.G. en évolution :

- la cystoscopie nous a montré des lésions spécifiques;
- l'U.I.V. a montré, dans un cas, des calcifications vésicales, un aspect effilé des abouchements uretero-vésicaux et une dilatation de la portion pelvienne des uretères.

* Deux cas de séquelles de B.U.G. à type de dysurie

Tous les examens complémentaires pratiqués sont restés négatifs.

N°	Dossier	Héma- turie	Polla- kiurie	Eosino- philie	Oeufs de Schist.	Immuno- Fluor.	UIV	Cysto- scop.	Diagnostic
1	331	+	+	200/mm3	0	-	+	LS	B.U.G. en évolution
2	773	+	+	270/mm3	0	-	N	LS	- idem -
3	339	+	+	624/mm3	0	-		LS	- idem -
4	827	-	+	74/mm3	0	-	N	-	dysurie
5	86	-	+	86/mm3	0	-		-	dysurie

II. E P I D E M I O L O G I E

La bilharziose uro-génitale est très répandue sur le continent africain. Le foyer le plus important et le plus ancien est l'EGYPTE.

En ALGERIE, il existe quatre foyers d'endémie :

- deux au Sud : DJANET et AIN-KERMAN - SAINT-AIME
- deux au Nord : FONDOUK et Haute-SAOURA

En ce qui concerne nos dix malades :

* cinq de ces malades ont fait un séjour en EGYPTE en 1968-1969. Pour ces cinq malades, quatre sont déjà connus et un cas a été nouvellement découvert.

* Cinq de nos malades proviennent de FONDOUK, foyer autochtone de bilharziose.

Pour ces cinq malades, quatre sont des bilharzioses nouvellement diagnostiquées et un cas était déjà connu.

F o y e r	B.U.G. connues	B.U.G. nouvelles	Total	Pourcentage
Moyent-Orient	4 cas	1 cas	5 cas	50%
Fondouk	1 cas	4 cas	5 cas	50%

III. LES COMPLICATIONS

Dans bon nombre de cas, nos malades ont présenté des complications.

(1) Surinfection : elle est très fréquente. Nous l'avons observée chez quatre de nos malades et elle s'est traduite par une pyurie.

Dans deux cas nous avons retrouvé du *Klebsiella Pneumoniae* à l'uroculture.

(2) Calcifications vésicales : elles sont pathognomoniques de la bilharziose en milieu d'endémie. Nous les avons retrouvées dans un cas.

(3) Par contre nous n'avons pas observé de :

- dysectasie du col
- lithiase urinaire
- perte de la capacité vésicale
- dégénérescence néoplasique des lésions vésicales.

IV. THERAPEUTIQUE

Dans tous les cas de bilharzioses urinaires en évolution que nous avons observés, soit 8 cas sur 10, les malades ont reçus un traitement par le Nipridazole (Ambilhar) à raison d'une cure de 7 comprimés par jour (comprimés dosés à 500 mg) pendant 7 jours.

En général la tolérance est bonne. Des effets secondaires mineurs, d'ordre digestif ou nerveux ont été observés dans certains cas, ainsi que des modifications de l'électrocardiogramme.

Les résultats obtenus sont bons :

- disparition de l'hématurie dans tous les cas et de la dysurie dans la moitié des cas;
- absence d'oeufs de bilharziose dans les urines.

B/ COLIQUES NEPHRETIQUES

I. LES MALADES

La colique néphrétique est fréquemment rencontrée : 53 malades sur un total de 160 malades, soit $1/3$ des cas.

Chez ces malades, elle a présenté dans les $2/3$ des cas les caractères habituels de la crise de colique néphrétique, à savoir :

- * début brusque, souvent déclenché par un voyage;
- * intense, continue avec des recrudescences paroxystiques;
- * siège unilatéral dans l'angle costo lombaire;
- * irradiations descendantes :

- suivant le trajet de l'uretère et le territoire génito-crural du plexus lombaire,

- vers la face interne de la cuisse et le testicule,

- * accompagnées de signes urinaires :

- . troubles rénaux

- . mictions douloureuses, répétées, ne ramenant

que quelques cc d'urines troubles ou hématiques;

- de phénomènes réflexes :

- . d'ordre circulatoire : pâleur-sueur-refroidissement des extrémités;

- . d'ordre digestif : nausées-vomissements- météorisme;

- . d'ordre nerveux : agitation.

Mais dans 1/3 des cas, la colique néphrétique s'est manifestée sous une forme atypique ou fruste.

Le diagnostic de la colique néphrétique est en général facile à poser. La mise en évidence de sa cause est plus mal aisée.

Parmi nos 53 malades ayant présentés des crises de coliques néphrétiques, nous avons retrouvé :

- * dans 25 cas des coliques néphrétiques symptomatiques, en rapport avec une affection précise;

- * dans 28 cas des coliques néphrétiques sans étiologie déterminée de façon certaine.

Dans un premier temps, nous exposerons rapidement les coliques néphrétiques symptomatiques qui n'ont pas un grand intérêt si ce n'est celui " d'alarmer " le malade et d'attirer l'attention sur l'appareil urinaire; pour nous étendre plus longuement dans un deuxième temps sur les " coliques néphrétiques sans étiologie précise ", en rappelant les différents examens complémentaires qui sont restés négatifs et en analysant les possibilités étiologiques.

II. COLIQUE NEPHRETIQUE SYMPTOMATIQUE

Dans un grand nombre de cas, la colique néphrétique a pu être rattachée à une étiologie précise, soit qu'elle faisait partie d'un ensemble

de signes cliniques accompagnant une maladie précise, soit qu'elle en a été le symptôme révélateur.

C'est ainsi que pour un total de 53 malades qui ont présentés des crises de coliques néphrétiques, nous avons retrouvé une étiologie précise dans 25 cas.

(1) Les étiologies : l'étiologie de loin la plus fréquente est la lithiase comme le montre le tableau ci-dessous :

- * lithiases : 17 cas
- * malformations : 6 cas
- * malformation + lithiase : 1 cas
- * tumeur rénale : 1 cas
- total : 25 cas

(2) Le siège : nous avons noté autant de coliques néphrétiques siégeant à droite qu'à gauche et un seul cas de colique néphrétique bilatérale :

- * à droite : 12 cas
- * à gauche : 12 cas
- * bilatérale : 1 cas

(3) Circonstances de survenue :

- * dans 18 cas soit 72% la colique néphrétique a été révélatrice de la maladie;

* dans 7 cas soit 28% la colique néphrétique faisait partie de tout un cortège de signes cliniques.

Ce fort pourcentage de coliques néphrétiques révélatrices nous souligne bien tout l'intérêt qu'il faut accorder à ce symptôme dans le dépistage des affections urinaires, même s'il paraît isolé.

III. COLIQUE NEPHRETIQUE SANS ETIOLOGIE PRECISE

Les différentes investigations pratiquées n'ont pas apportées d'explication étiologique chez bon nombre de malades (tableau n° 11).

(1) Le nombre : dans notre étude nous avons relevé 28 cas de crises de coliques néphrétiques de ce type, soit près de 53% des malades. Chaque malade a le plus souvent présenté plusieurs crises douloureuses.

(2) Le siège :

* à droite 17 cas de coliques néphrétiques;

* à gauche 10 cas de coliques néphrétiques;

* bilatérale 1 cas de colique néphrétique;

Contrairement aux coliques néphrétiques symptomatiques, nous avons trouvé, dans ce cas, beaucoup plus de crises douloureuses siégeant à droite qu'à gauche. Les crises de coliques néphrétiques bilatérales étant toujours très rares.

(3) Signes associés : nous avons observé, associées aux coliques néphrétiques dans :

- * 3 cas des hématuries;
- * 1 cas une protéinurie isolée permanente.

(4) Les examens biologiques (tableau n° 11)

Il est nécessaire d'entreprendre un bilan biologique complet avant de parler de colique néphrétique sans étiologie précise :

* le culot urinaire : il a révélé la présence de cristaux d'oxalate de Ca et d'urates amorphes dans 4 cas;

* calciurie : normale - elle ne dépasse pas 200 mg/24h;

* uricurie : normale-elle est comprise entre 0,50 et 1,1 mg/24 h;

* phosphaturie : elle est en dessous de la limite habituelle de 1,81 g/24 h;

* pH urinaire : il est compris entre 5,7 et 6,3;

* calcémie : normale - elle est en moyenne de 100mg%

* phosphatémie : légèrement augmentée dans un cas : 42,5 mg% au lieu de 38 mg %;

* uricémie : légèrement augmentée dans un cas : 62mg%;

* uroculture : positive dans un cas (Klebsiella-Proteus - Enterocoques).

(5) Les examens radiologiques : (tableau n° 11) l'examen radiologique au cours de la colique néphrétique peut nous fournir des renseignements très précieux :

* ASP : il s'est révélé normal dans tous les cas;

* UIV : c'est un examen fondamental.

En effet, s'il ne nous en précise pas la cause, il pourra du moins, par des modifications fonctionnelles et morphologiques qu'il met en évidence, affirmer le diagnostic de colique néphrétique.

L'U.I.V. nous a révélé des anomalies chez 5 malades :

* retard important à la sécrétion dans deux cas ;

* légère dilatation des cavités pyéliquies dans un cas;

* petite anomalie de la jonction pyelocalicielle dans un cas.

(6) Probabilités de lithiases : nous avons pu retenir la possibilité d'une lithiase dans 8 cas sur 28, soit près de $1/3$ des malades pour les arguments suivants :

* dans quatre cas, le culot urinaire révèle la présence de sédiments : cristaux d'oxalate de Ca ou d'urates amorphes;

* dans quatre cas le malade signale l'émission de " grains de sable " dans les urines. Mais pas de constatations objectives.

(7) Remarques : il nous faut signaler deux points importants:

a) facteurs favorisants

Nous n'avons pas constaté de facteurs favorisants particuliers pour expliquer ces coliques néphrétiques essentielles, mais nous avons noté qu'il s'agit de sujets jeunes, 25 ans en moyenne, et originaire pour la plupart de l'algérois.

b) Durée de l'hospitalisation

Les 28 malades ayant présentés des coliques néphrétiques essentielles ont totalisés 731 journées d'hospitalisation, soit en moyenne 26 jours pour chaque malade, ce qui peut paraître très long pour une crise de colique néphrétique sans lendemain, mais qui s'avère pourtant nécessaire pour une exploration correcte.

[illegible]

N°	Dos- siers	Age	Siè- ge	S a n g			U r i n e s			R a d i o	
				Ca	Uric	Ph	Ca	Uric	Ph	ASP	UIV
17	1476	20	D	102						N	N
18	1539		D							N	N
19	1589		D							N	N
20	34	21	D							N	N
21	162	21	G							N	N
22		35	D							N	N
23	664	20	G							N	N
24	750	22	G	94		35	195		0,90	N	N
25	683	22	B	118	54	32				N	sub N
26	1021	20	G	101	54	0,66	0,62			N	N
27	1197	22	G							N	N
28	1084	25	D							N	N



N°	Dos- siers	Age	Siè- ge	S a n g			U r i n e s			R a d i o	
				Ca	Uric	Ph	Ca	Uric	Ph	ASP	UIV
17	1476	20	D	102						N	N
18	1539		D							N	N
19	1589		D							N	N
20	34	21	D							N	N
21	162	21	G							N	N
22		35	D							N	N
23	664	20	G							N	N
24	750	22	G	94		35	195		0,90	N	N
25	683	22	B	118	54	32				N	sub N
26	1021	20	G	101	54	0,66	0,62			N	N
27	1197	22	G							N	N
28	1084	25	D							N	N

CARACTERES DE CES HEMATURIES

(1) Au point de vue type : nous avons retrouvé :

- * une hématurie totale dans 57% des cas
- * une hématurie terminale dans 38% des cas
- * une hématurie initiale dans 5% des cas

Le type	Hématuries symptomatiques	Hématuries essentiellles	Total	Pourcentage
Hématurie totale	27 cas	12 cas	39 cas	57%
Hématurie Terminale	18 cas	8 cas	26 cas	38%
Hématurie Initiale	2 cas	1 cas	3 cas	5%

(2) Au point de vue circonstances de survenue, nous avons noté que:

- * dans 33 cas il s'agit d'une hématurie isolée, qui a le plus souvent révélée une maladie;
- * dans 35 cas il s'agissait d'une hématurie d'accompagnement, c'est à dire que l'hématurie faisait partie d'un ensemble de signes.

Circonstances de survenue	Hématuries symptomatiques	Hématuries essentielles	T o t a l
Hématurie isolée	20	13	33
Hématurie d'accompagnement	27	8	35
Total	47	21	68

A/ HEMATURIES SYMPTOMATIQUES

Parmi les 68 malades ayant présenté une hématurie, nous avons retrouvé une étiologie dans 47 cas, soit 68%.

Le diagnostic des hématuries se pose en deux étapes successives :

1) Diagnostic topographique

L'organe le plus souvent atteint est le rein (25 cas); ensuite la vessie (20 cas); et enfin, pour une plus faible part, l'uretère et la prostate (3 cas).

2) Diagnostic étiologique - tableau n° 13

En ce qui concerne le rein et les voies excrétrices hautes, l'étiologie de loin la plus fréquente est la lithiase (12 cas).

Pour ce qui est de la vessie, nous retrouvons surtout la bilharziose (9 cas) et ensuite la lithiase (4 cas).

HEMATURIES SYMPTOMATIQUES (tableau n° 13)

47 cas, soit 69% des hématuries

I/ Rein et voies excrétrices hautes (25 cas, soit 36% des hématuries)

- | | |
|------------------|----------|
| 1) lithiases | : 12 cas |
| 2) tumeurs | : 2 cas |
| 3) malformations | : 3 cas |
| 4) contusions | : 5 cas |
| 5) néphropathies | : 3 cas |

II/ Vessie (20 cas, soit 23% des hématuries)

- | | |
|-----------------|---------|
| 1) bilharziose | : 9 cas |
| 2) lithiases | : 4 cas |
| 3) tumeurs | : 4 cas |
| 4) traumatismes | : 1 cas |
| 5) infections | : 2 cas |

III/ Prostate (2 cas, soit 3% des hématuries)

- adénomes prostatiques : 2 cas

IV/ Uretre (1 cas, soit 1% des hématuries)

- retrécissement uretral : 1 cas

B/ HEMATURIES ESSENTIELLES

En dépit des différentes investigations pratiquées dans 21 cas (31% des hématuries) l'hématurie est restée inexpliquée.

Cependant dans 11 cas, soit 52% des hématuries essentielles, nous pouvons proposer une explication valable sinon certaine :

1) les résultats des investigations (tableau n° 14)

- le culot urinaire : il a révélé la présence d'un sédiment important dans 9 cas;
- albuminurie : négative dans tous les cas en dehors des G. rouges;
- compte d'Addis : dans trois cas on note une leucocyturie importante qui s'ajoute à l'hématurie;
- examen bactériologique : dans trois cas on retrouvé des germes;
- recherche de BK : négative dans tous les cas;
- recherche d'oeufs de bilharziose : négative dans tous les cas;
- urée : normale dans tous les cas;
- U.I.V. : dans 4 cas on a noté des anomalies minimes;
- U.P.R. : normale dans tous les cas;
- cystoscopie : elle a révélé des lésions dans deux cas.

Mais il faut signaler l'intérêt diagnostique de deux examens qui n'ont pas pu être pratiqués :

* l'artériographie rénale : qui permet de dépister un cancer du rein, au début de son évolution;

* la biopsie rénale : pour rechercher une néphropathie hématurique, notamment glomérulaire.

2) Possibilités étiologiques

Dans 11 cas, soit 52% des hématuries essentielles, nous avons pu, grâce aux différentes investigations clinique, biologique, radiologique et endoscopique, évoquer des étiologies possibles à l'origine de ces hématuries; à savoir :

(a) les lithiases dans 6 cas - Les arguments qui nous ont fait évoquer des lithiases sont :

* dans cinq cas la présence dans les urines de cristaux de calcium, d'acide urique et de phosphates amoniac-magnesiens;

* dans un cas à l'U.I.V. une suspicion de calcul radio-transparent avec anomalie de l'uretère terminale gauche et à la cystoscopie une suspicion de calcul intramural.

(b) Les infections dans 3 cas - Nous avons noté chez trois malades la présence de germes à l'uroculture :

1er cas : Klebsiella - Proteus - Enterococcus

2ème cas: Colibacilles

3ème cas: Proteus vulgaris

(c) La bilharziose dans 1 cas - La bilharziose a été suspectée mais non confirmée chez ce malade du fait de la notion de séjour au MOYEN-ORIENT et de la présence, à la cystoscopie, de lésions non spécifiques.

(d) Lésions vésicales dans 1 cas - On a noté chez ce malade des empreintes vésicales suspectes à l'U.I.V.; la cystoscopie a été rendue impossible du fait de la présence d'un rétrécissement uretral.

N°	Dos- siers	compte d'Addis	Culot	Albumi- nurie	ECB	BK	Deufs de Bilharz..	FNS	Urée	UIV	UPR	Cysto.
1	594		N	traces	0	0		N	0,32			
2	988	N	N	0	0	0	0	N		0		0
3	364	N	Ox. Ca	0	0	0	0	N		sub.N	N	
4	1025		P	0	0		0	N	0,24	N		N
5	1022	N	P	0	Klebsi- ella	0	0	N	0,44	N		
6	1056	N	0	0	0	0	0	N	0,37	N	N	
7	1140		P	0	Colli- bacilles			N				
8	22	N	P	0	0	0	0	N	0,23	sub.N		sub.N
9	74	P	P	0	0		0	N	0,44	N	N	N
10	373	P	0	0	0			N	0,30	N		sub N.
11		N	P	0	0	0		N	0,47	N		
12	851				Proteüs					N		
13	934			0				N		N		

[illegible]

G/ PROTEINURIES

I. LES MALADES

La protéinurie est fréquente. Elle se rencontre dans la plupart des néphropathies, dans les affections de la voie excrétrice ayant retenties sur le parenchyme rénal et dans certaines maladies générales. Nous avons divisé ces malades en deux groupes :

1) Les protéinuries symptomatiques (27 cas)

Ce sont des protéinuries pour lesquelles les différents examens cliniques, biologiques et radiologiques entrepris nous ont permis de retrouver une affection définie.

2) Les protéinuries essentielles (7 cas)

Dans ce groupe nous avons classé les protéinuries pour lesquelles les différentes investigations entreprises n'ont pas apportées de renseignements étiologiques. Cependant dans trois cas des antécédents de glomérulonéphrites sont possibles (protéinuries séquellaires).

Pour deux autres malades, il s'agit de protéinuries isolées : aucune étiologie démontrée ou même soupçonnée.

Et enfin pour les deux derniers cas la protéinurie se trouve associée à des crises de coliques néphrétiques inexplicées.

La découverte d'une protéinurie est une éventualité fréquente et qui justifie la mise en oeuvre de moyens d'investigations nombre .

Le malade doit être soumis à un examen méthodique qui comporte plusieurs temps :

(a) Affirmer la réalité de la protéinurie par :

- des méthodes de détection
- et des méthodes de dosage

(b) En préciser le caractère - On précisera le caractère de la protéinurie grâce à des méthodes qualitatives, notamment l'électrophorèse et la protéinurie fractionnée. On distingue :

- des protéinuries labiles
- des protéinuries intermittentes isolées
- des protéinuries permanentes
- des paraprotéinuries

Ces distinctions sont importantes car elles ont une signification pronostique et diagnostique.

(c) Pratiquer les examens complémentaires en vue d'établir le diagnostic - Cela comporte :

- un bilan urinaire complet
- des examens généraux en fonction du diagnostic suspecté (diabète - goutte..).

3) La biopsie rénale

Lorsque aucune cause n'a été mise en évidence, la biopsie rénale est alors indispensable d'une part pour déceler une éventuelle affection, d'autre part pour nous renseigner sur l'étendue des lésions.

La biopsie rénale, qui certes n'est pas sans danger et présente certaines contre-indications, est d'un apport essentiel dans l'étude des protéinuries.

II. LES RESULTATS

1) Les protéinuries symptomatiques (27 cas)

Nous avons retrouvé 27 cas de protéinuries symptomatiques, c'est à dire de protéinuries pour lesquelles des affections définies sont trouvées à l'origine :

- lithiases	: 6 cas
- tumeurs rénales	: 3 cas
- adénome prostatique	: 1 cas
- malformations urinaires	: 2 cas
- Bilharzioses urogénitales	: 2 cas
- infections urinaires	: 3 cas
- syndrome néphrotique	: 2 cas
- au cours d'une I.R.A.	: 1 cas
- au cours d'une I.R.C. avancée	: 7 cas
Total.....	= 27 cas

L'évolution de ces protéinuries symptomatiques est liée à l'affection en cause et leur traitement est conditionné par le traitement de leur étiologie.

2) Protéinuries essentielles (7 cas)

Nous avons retrouvé 7 cas de protéinuries essentielles (tableau n° 15) réparties comme suit :

(a) Protéinuries probablement séquellaires : 3 cas

Parmi les cinq malades qui présentent une protéinurie essentielle nous avons isolé trois cas où la protéinurie est probablement la séquelle d'une glomérulonéphrite aiguë.

Chez ces trois malades nous avons retrouvé dans deux cas une albuminurie isolée et dans un cas une albuminurie accompagnée d'une hématurie microscopique. Par ailleurs, toutes les investigations cliniques, biologiques et radiologiques se sont révélées normales. Mais l'interrogatoire des malades nous a permis d'évoquer la possibilité d'une glomérulonéphrite aiguë dans les antécédents.

Cette protéinurie séquellaire peut être une étape intermédiaire vers la remission complète de la glomérulonéphrite aiguë ou témoigne des lésions rénales organiques chroniques

(b) Proteinuries isolées : 2 cas

Nous avons retrouvé :

* dans un cas une proteinurie intermittente isolée (en rapport probablement avec la ptose rénale droite observée);

* dans un cas une proteinurie permanente isolée (supérieure à 1g/l après efforts).

(c) Proteinuries associées à des coliques néphrétiques
(2 cas)

Les explorations pratiquées n'ont pas apporté d'explications à ces deux symptômes.

Conséquences

* conséquences fonctionnelles - Dans les sept cas de proteinuries essentielles nous n'avons pas constaté de repercussion sur le fonctionnement rénal. Cependant nous ne possédons pas de recul suffisant pour en juger objectivement.

* Problème des vaccinations - La vaccination T.A.B. a été déconseillée chez les trois malades présentant une proteinurie séquellaire. La vaccination antitétanique et les autres vaccinations peuvent par contre être pratiquées lorsque la proteinurie est isolée et ne témoigne pas d'une séquelle de glomérulonéphrite aiguë dont l'évolutivité doit toujours être suspectée.

PROTEINURIES ESSENTIELLES

Tableau n° 15

N°	Dossier	Age	Proteinurie	D i a g n o s t i c
1	1081	20	?	Proteinurie intermittente isolée
2	683	22	0,50 g/l	Proteinurie permanente isolée
3	488	26	0,60 g/l	Séquelles de glomérulonéphrite aiguë
4	577	32	5 g/l	Séquelles de glomérulonéphrite aiguë
5	580	24	0,80 g/l	Séquelles de glomérulonéphrite aiguë
6	162	21	0,30 g/l	Proteinurie + colique néphrétique
7	664	20	0,50 g/l	Proteinurie + colique néphrétique

H/ AFFECTIONS URINAIRES BASSES

I. LES MALADES

Il s'agit presque toujours d'une infection urinaire basse c'est à dire intéressant la vessie et l'uretère, ou d'une affection prostatique ayant entraîné un retentissement sur les voies urinaires.

Nous avons observé 24 cas d'infections urinaires basses, et 2 cas de dysuries isolées.

En ce qui concerne les infections urinaires basses, nous avons éliminé de ce chapitre les infections urinaires basses qui accompagnent une infection pyelocalicielle et celles qui accompagnent une autre affection de l'appareil urinaire telles que les lithiases, malformations etc... En effet elles ne présentent pas le même intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Ces 26 cas d'affections urinaires basses sont réparties comme suit :

* cystites	: 8 cas
* uretrites	: 9 cas
* prostatites	: 7 cas
* dysuries isolées	2 cas

II. LES CYSTITES

La vessie, réservoir temporaire de l'urine, est l'élément de l'appareil excréteur le plus menacé par l'infection.

De plus la constatation d'une cystite impose la recherche systématique des facteurs favorisant de l'infection. Nous avons noté 8 cas de cystites (tableau n° 16).

(1) Symptomatologie

La cystite se manifeste dans la forme typique par une triade : douleur - pollakiurie et pyurie.

Le tableau complet n'a été retrouvé que dans deux cas. Pour les cinq autres malades la cystite s'est manifestée par :

* une pollakiurie : dans 4 cas

* une pyurie : dans 4 cas également.

De plus nous avons noté :

- dans trois cas des hématuries

- dans 1 cas des manifestations générales à type de fébricule et asthénie.

(2) Les examens complémentaires

a) L'examen cyto bactériologique des urines : c'est un examen important car il nous fixe sur la nature des germes en cause. De plus

il nous permet de tester la sensibilité des bactéries trouvées aux différents antibiotiques.

Il a été positif dans trois cas et nous a révélé la présence de :
Enterocoques - Echerichiacoli - Klebriella - Pneumonie.

b) Urographie intraveineuse et cystographie : les examens radiologiques sont indispensables, car ils nous donnent des indications sur l'état fonctionnel du rein, et ils peuvent nous renseigner sur la cause de la cystite. Nous les avons pratiqués chez nos huit malades et nous avons noté des perturbations dans un seul cas (reflux ureteral bilatéral).

c) La cystoscopie : c'est un examen très riche d'enseignement lorsqu'il peut être pratiqué. Il nous renseigne sur le siège et l'étendue des lésions et surtout il nous précise l'aspect microscopique de ces lésions vésicales.

La cystoscopie a été pratiquée dans deux cas et elle a montré des lésions congestives pour ces deux malades avec dans un cas des exsudats fibrineux.

(3) Facteurs favorisants

Il est important de rechercher la cause de ces cystites, si l'on veut instituer un traitement efficace et logique. C'est ainsi que nous avons noté dans 3 cas des causes favorisantes :

* lithiase avec élimination récente d'un calcul dans
1 cas ;

* pyelonéphrite dans 1 cas;

* diabète dans 1 cas.

(4) La thérapeutique

La conduite thérapeutique comporte trois volets :

* le traitement symptomatique : il est utilisé le plus tôt possible et il vise seulement à soulager le malade.

* Le traitement antibiotique spécifique : il est administré en fonction des résultats bactériologiques.

* Le traitement étiologique : ce troisième temps est essentiel car ils ont le seul garant de l'évolution de cette affection.

Dossier	Pollakiurie	Douleurs ou B.M.	Pyurie	Autres	Culot	Bactério	Cysto	U.I.V.
474	+	+	0	Hématu.	0	0	0	0
1006	+	+	+	-	+	0	-	0
1150	+	+	+	-	+	Entéro- coques	-	0
1159	0	+	0	Fièvre	+	0	-	0
1162	0	+	0	-	+	0	0	0
325	0	+	0	Hématu.	0	Klebs. Pneumoniae	-	0
335	0	+	+	Hématu.	+	Ech. coli	-	0
1152	+	+	0	-	+	0	-	+

III. URETRITES

Neuf malades ont été hospitalisés pour uretrites avec :

- * dans 2 cas des uretrites aiguës gonococciques,
- * dans 7 cas des uretrites chroniques.

Il faut signaler que les uretrites aiguës gonococciques sont une pathologie très courante en milieu militaire. Mais ces malades sont traités à titre externe; cependant certains d'entre-eux pourraient être hospitalisés utilement dans un service spécialisé s'il existait.

Nous retiendrons surtout les sept cas d'uretrites chroniques (tableau 17).

(1) Symptomatologie

Les uretrites se sont manifestées par :

- * un écoulement purulent dans 5 cas ;
- * des brûlures mictionnelles dans 9 cas;
- * des troubles mictionnels dans 5 cas;

Le diagnostic est le plus souvent très aisé et il impose la recherche du germe en cause, en vue d'instaurer une thérapeutique adaptée.

(2) Les examens complémentaires

- * aspect des urines : elles ont été troublées dans 2cas;
- * bactériologie : dans un cas on a retrouvé des entérocoques.

* Prélèvement urethral

On a trouvé du gonococque et, dans un cas d'uretrite chronique, on a trouvé du staphylocoque pathogène.

(3) Facteurs favorisants

Pour les deux cas d'uretrites aiguës gonococciques, la notion de contagé est évidente.

En ce qui concerne les uretrites chroniques nous avons retrouvé :

* dans un cas une urethroplastie pratiquée en 1968, dans les antécédents;

* dans les autres cas des antécédents d'uretrites aiguës mal traitées et qui sont passées à la chronicité.

(4) La thérapeutique

Le traitement antibiotique est choisi en fonction du germe en cause.

L'exploration de l'uretrite et de la prostatite s'imposent lorsque ce traitement, souvent antérieur à l'hospitalisation, s'avère insuffisant (ce qui est fréquent) afin de diriger les actes urologiques nécessaires.

Dossier	Ecoulement purulent	B.M.	Troubles mictionnels	Aspect des urines	Culot	Bactér..	Prélèvement uretral	Diagnostic
805	+	+	+	C	+	0	gonococque	U.A.
1150	+	+	0	T	+	0	gonococque	U.A.
196	+	+	0	C	+	0	0	U.C.
1450	0	+	+	C	0	0	0	U.C.
1386	0	+	0	C	0	0	0	U.C.
43	0	+	+	C	0	0	0	U.C.
333	0	+	+	C	0	0	0	U.C.
525	+	+	0	T	+	0	Staphylo. pathogène	U.C.
622	+	+	+	C	+	Entérocoques	0	U.C.

IV. LES PROSTATITES

Les prostatites sont des affections assez fréquentes (7 cas) qui posent des problèmes thérapeutiques difficiles et qui sont souvent source de complications.

Nous avons observé dans :

- * 3 cas : une prostatite chronique isolée;
- * 4 cas : une prostatite chronique accompagnée d'une uretrite chronique (tableau n° 18).

(1) Symptomatologie

Nous avons noté :

- * un écoulement purulent dans 4 cas;
- * une dysurie dans 2 cas;
- * des brûlures mictionnelles dans 7 cas.

(2) L'examen clinique

Il comportera :

- * un palper hypogastrique et lombaire;
- * un examen des organes génitaux à la recherche des séquelles d'épididymite;
- * et surtout un toucher rectal qui retrouve une prostate de volume variable, dure, irrégulière et dont la pression fait jaillir du pus au meat.

(3) Les examens complémentaires

* l'examen cytbactériologique à la recherche d'une infection urinaire : il a été normal dans 8 cas;

* l'examen du liquide prostatique : il nous a révélé dans 3 cas la présence de nombreux leucocytes;

* l'uretrographie rétrograde, qui est d'un grand intérêt diagnostique et surtout pronostique n'a pu être réalisée.

(4) Facteurs favorisants

Pour tous nos malades nous avons trouvé à l'origine de la prostatite chronique, un long passé d'uretrite aiguë ou une prostatite aiguë. C'est ainsi que dans 4 cas une uretrite chronique accompagne la prostatite chronique.

(5) La thérapeutique

Le traitement des prostatites chroniques est en général difficile. Les résultats sont favorables chez nos malades grâce à :

* une prescription hygiéno-diététique;

* une cure d'antibiotiques par voie générale et d'anti-inflammatoires;

* des instillations de terramycine.

V. LES DYSURIES

Il s'agit de deux malades hospitalisés pour dysurie et chez qui toutes les investigations chimiques, biologiques, radiologiques n'ont apportées aucune explication étiologique.

Ces malades sont sortis avec un traitement symptomatique, et ils doivent faire l'objet d'une surveillance à titre externe.

Dos- siers	Et. Ul.	Dysurie	B.M.	Autres	Urines aspect	Culot	Bactér.	Liquide Prostatiq	Rx	Urethrite chronique associée
697	0	0	+	-	T	+	0	0	0	0
745	0	+	+	Epidi- dymite	C	+	0	Nombreux Leucocytes	0	0
573	0	0	+	Colique Néphrét	C	0	0	-idem -	0	0
811	+	0	+	-	C	0	0	0	0	+
735	+	+	+	-	C	+	0	0	+	+
744	+	0	+	-	C	0	0	0	0	+
752	+	0	+	-	C	+	0	Nbreux. Leucocyte	0	+

I/ NEPHROPATHIES

Nous avons observé 20 cas de néphropathies pour la plupart chroniques (tableau n° 12).

Nous les avons classées en fonction du type lésionnel et du degré d'atteinte rénale, comme suit :

- * néphropathies intersticielles aiguës : 3 cas
- * néphropathies intersticielles chroniques: 1 cas
- * syndromes néphrotiques : 2 cas
- * néphropathies glomérulaires chroniques : 2 cas
- * insuffisance rénale aiguë : 1 cas
- * insuffisances rénales chroniques : 11 cas



A/ NEPHROPATHIES INTERSTICIELLES

Les néphropathies intersticielles correspondent à une atteinte du tissu interstitiel ; nous avons retrouvé :

- 3 cas de néphropathies intersticielles aiguës
- 1 cas de néphropathie chronique

(1) Néphropathies aiguës

La symptomatologie des néphropathies intersticielles aiguës est typique et le diagnostic facile : syndrome infectieux brutal avec douleur lombaire unilatérale et troubles mictionnels, puis urines troubles.

Les examens biologiques montrent une pyurie franche avec bacillaire (colibacilles dans 1 cas) une hyperleucocyturie et une vitesse de sédimentation accélérée. Dans tous les cas l'azotémie est élevée, mais les épreuves fonctionnelles sont normales. Une U.I.V. a été pratiquée dans 1 cas et a montrée une dilatation des cavités excrétrices d'un seul côté.

Le traitement antibiotique a permis d'obtenir une guérison rapide dans tous les cas.

Une de ces pyélonéphrites est apparue au cours d'une grossesse. Dans tous les autres cas, aucune étiologie précise n'a pu être mise en évidence.

N E P H R O P A T H I E S (Tableau n° 19)

N°	Dossiers	Age	D I A G N O S T I C
1	79	63	Pyélonéphrite aigue
2	744	24	Pyélonéphrite aigue
3	771		Pyélonéphrite aigue
4	435	62	Néphropathie intersticielle chronique
5	882	21	Syndrome néphrotique
6	377	60	Syndrome néphrotique
7	323	60	Néphropathie glomérulaire chronique
8	781	33	Néphropathie glomérulaire chronique
9	649	36	Insuffisance rénale aigue
10	253	37	Insuffisance rénale chronique
11	774	28	- idem -
12	142	69	- idem -
13	52	24	- idem -
14	1080	55	- idem -
15	94	51	- idem -
16	153		- idem -
17	222	32	- idem -
18	274	72	- idem -
19	347	54	- idem -
20	1149	57	- idem -

(2) Néphropathie chronique

Il s'agit d'un malade qui présente une goutte typique. Une pollakiurie, des douleurs au niveau des fosses lombaires révèlent la présence d'une atteinte de l'appareil urinaire.

Les examens biologiques confirment l'existence d'une I.R.C. sévère. L'absence de protéinuries, et d'hypertension artérielle, les modifications électrolytiques sont en faveur de l'atteinte intersticielle.

Le traitement ~~hypotenseur~~ ^{hypotenseur} et le rétablissement d'une diurèse alcaline ont amélioré notablement notre malade.

B/ SYNDROMES NEPHROTIQUES

Nous avons retenu le diagnostic de syndrome néphrotique lorsque se trouvent réunis :

- une protéinurie au moins égale à 3,5 g/24 h;
- une baisse du taux des protéines plasmatiques au-dessous de 60 g/100 avec albuminurie inférieure à 30 g/100;
- une augmentation de globulines alpha et bêta

Nous avons noté également une élévation du taux de cholestérol et des lipides plasmatiques et de la présence de corps birefringents dans les urines.

Nous avons observé deux . syndromes néphrotiques répartis comme suit :

- 1 cas de syndrome néphrotique primitif;
- 1 cas de syndrome néphrotique secondaire.

(1) Syndrome néphrotique primitif

Il s'agit d'un syndrome néphrotique primitif dans sa forme classique, c'est à dire un syndrome néphrotique pur. Ce syndrome ne s'accompagne d'aucun signe d'insuffisance rénale organique, l'hématurie reste inférieure à 600 hématies/mm et on ne révèle aucun signe de syndrome vasculaire.

La biopsie rénale montre des glomerules optiquement normaux. Le malade a très bien répondu à la thérapeutique et à sa sortie on a noté une protéinurie à 0,15 g/24 h.

(2) Syndrome néphrotique secondaire

Il s'agit d'un malade hospitalisé pour syndrome néphrotique en rapport avec une leucémie lymphoïde qui était méconnue.

A l'entrée on note une anémie marquée, un syndrome oedémateux et une hypertension artérielle (15/10).

Le diagnostic de syndrome néphrotique est rapidement confirmé grâce à l'électrophorèse et les épreuves rénales fonctionnelles objectivent une insuffisance rénale avec azotémie à 1,5 g/l.

Différentes investigations clinique, biologique et radiologique (U.I.V.) sont entreprises en vue d'établir le diagnostic étiologique.

Mais tous ces examens s'avèrent négatifs.

Cependant la dernière formule sanguine nous montre une hyperleucocytose très importante (à 32.962 G.B.) avec lymphocytose (92%).

C'est une formule nettement en faveur d'une leucémie et le myélogramme va nous confirmer ce diagnostic en montrant un envahissement diffus et important par des cellules de type lymphocytaire sans blastose normale.

Il s'agit donc d'une leucémie lymphoïde chronique avec syndrome néphrotique secondaire.

L'évolution a été favorable sous traitement spécifique (chloraminophene) et le malade sort avec les résultats suivants :

- G.B. : 6366 avec lymphocytes à 54%
- protéinurie : 1,45 g/l
- urée sanguine : normale

C/ NEPHROPATHIES GLOMERULAIRES CHRONIQUES SANS INSUFFISANCE RENALE

Les néphropathies glomérulaires chroniques sont fréquentes. Dans la majorité des cas,elles se traduisent par une protéinurie isolée. Par la suite,elles se compliquent parfois d'oedèmes,et souvent d'H.T.A. et d'I.R.C.

La protéinurie isolée est découverte soit fortuitement soit à la suite d'une infection ou d'une intoxication.

Les deux cas de néphropathies glomérulaires chroniques que nous avons observés,se sont présentés avec le tableau d'une protéinurie,découverte lors d'un bilan rénal effectué à la suite d'un discret syndrome oedémateux, avec une légère élévation de la tension artérielle (H.T.A.).

Dans les deux cas nous n'avons pas noté d'hématurie microscopique ni de perturbations des épreuves fonctionnelles rénales.

Nous n'avons pas de recul suffisant pour juger de l'efficacité des traitements institués, d'autant plus que les N.G.C. qui ont une destinée fâcheuse, peuvent, dans certains cas évoluer de façon très variable avec des périodes de regression des signes urinaires.

D/ INSUFFISANCE RENALE AIGUE (I.R.A.)

Nous avons enregistré un seul cas d'I.R.A.; cependant les I.R.A. représentent, de nos jours, l'étiologie majeure qui pourvoit au recrutement des centres de réanimation.

L'I.R.A. pose deux problèmes majeurs, qui vont guider la thérapeutique : celui de la nature de cette I.R.A., et celui de ses conséquences.

L'étiologie de loin la plus fréquente, est représentée aujourd'hui par le choc (médical, traumatique, chirurgical). Les I.R.A. toxiques étant beaucoup plus rares. Malheureusement il n'est pas toujours possible de préciser la cause de cette I.R.A. et cela a été le cas de notre malade.

Le malade a été admis dans un état comateux, avec oligurie, vomissements, déshydratation et état général très altéré; les examens biologiques montrent une hyperazotémie (3 g/l) et des perturbations électrolytiques.

Le Pronostic des I.R.A. a été transformé par les thérapeutiques modernes (E.E.R.) mais des moyens simples et adaptés en milieu spécialisé permettent parfois d'obtenir également d'excellents résultats. Ainsi chez notre malade, on a assisté à une reprise spectaculaire de la diurèse sous l'effet du furosemide à forte dose (perfusion de S.G.I. avec 8 ampoules de lasilix, deux fois par jour).

Le malade est sorti 20 jours plus tard dans un bon état général avec azotémie et épreuves fonctionnelles rénales normales. A l'U.I.V. on a noté cependant un début d'hydronéphros .

E/ INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (I.R.C.) AU STADE AVANCE

L'évolution d'un grand nombre de néphropathies se fait vers l'insuffisance rénale chronique.

A ce stade, la recherche de l'étiologie devient souvent impossible et perd tout intérêt lorsque les lésions sont définitives et avancées.

Nous avons enregistré 11 cas d'I.R.C. sur un total de 160 malades, soit 7% .

La sémiologie clinique et biologique très polymorphe et apparemment hétéroclite des I.R.C. est la conséquence de deux types de désordres : les uns sont liés à la réduction progressive du nombre de néphrons fonctionnels, les autres sont fonction du type anatomo-clinique de la néphropathie et de l'éventuelle apparition de complications, notamment cardiovasculaires et infectieuses.

(1) L'examen clinique

* l'interrogatoire: il doit être minutieux afin de préciser les antécédents et le début de l'affection pour ne pas faire coïncider à tort le début de l'affection avec une angine, une vaccination ou le service militaire.

De plus, il est nécessaire de procéder à une enquête familiale et congénitale. Cet interrogatoire est en général négatif, mais nous avons retrouvé :

* dans un cas une tuberculose rénale bilatérale (depuis 67)

* dans un cas un diabète (depuis 1970)

* dans un cas une H.T.A. (depuis 1967)

- L'état général

Il était médiocre pour quatre malades avec fatigue, amaigrissement et anorexie, et dans sept cas on a noté une atteinte grave de l'état général.

- Peau et muqueuses

Dans cinq cas on a noté une paleur importante de la peau et des muqueuses, en rapport avec une anémie marquée.

- Oedèmes

On a retrouvé un syndrome oedémateux chez six malades.

- Troubles digestifs

Dans cinq cas on a retrouvé des troubles digestifs à type de nausées et vomissements.

- Manifestations hémorragiques

On les a retrouvées dans cinq cas, à type de épistaxis, purpura et ecchymoses.

- L'examen abdominal

Il a été négatif dans tous les cas.

Les fosses lombaires sont souples, libres et non douloureuses. Il n'existe pas de souffle à l'auscultation.

- Manifestations cardio-vasculaires

* Hypertension artérielle : c'est un signe souvent associé à l'I.R.C, nous l'avons noté dans sept cas. L'H.T.A. n'est pas un signe banal, mais une complication sérieuse qui raccourcit l'évolution spontanée de la maladie.

* Insuffisance cardiaque : c'est un signe tardif. Mais avons retrouvé une insuffisance cardiaque chez quatre malades.

* Péricardite : aucun cas n'a été observé.

* Manifestations pulmonaire : elles sont la conséquence de la surcharge hydrosaline. Nous n'avons pas observé de cas d'O.A.P., mais nous avons noté :

- une dyspnée d'effort dans trois cas;
- des râles bronchiques et une surcharge hilair

(trois cas).

- une pleurésie avec abcès pulmonaire : un cas

* Manifestations oculaires

L'examen du fond d'oeil est indispensable; le plus souvent on retrouve les signes d'H.T.A. : cela a été le cas pour six malades chez qui on a noté des lésions au stade II. dans deux cas et stade III. dans quatre cas.

* Manifestations osseuses et neurologiques

Nous n'avons pas noté de manifestations osseuses. Quant aux manifestations neurologiques elles ont été observées dans les d'I.R.C. avancées et sont traduites par des crampes, des convulsions et des troubles psychiques.

(2) L'examen radiologique

Outre le cliché thoracique et l'exploration du squelette et des parties molles, dans le cadre de l'examen général, la radiologie se montre très utile dans l'étude de l'appareil urinaire. En effet elle nous permet d'apprécier la taille des reins et d'explorer les voies urinaires.

L'U.I.V. doit être pratiquée tant que l'I.R.C. n'est pas trop importante. Cet examen a été réalisé chez trois malades et nous a montré :

- un retard discret à l'excretion : dans 2 cas
- une U.I.V. normale dans 1 cas.

(3) L'examen biologique

Il se donne pour but de préciser l'importance du déficit rénal et de révéler les troubles biologiques d'accompagnement : tableau n° 20)

Nous les avons divisé en deux groupes :

- les examens indispensables
- les examens complémentaires

a) Les examens indispensables

- * l'urée sanguine : elle est élevée dans tous les cas;
- * F.N.S. et hématoците : anémie importante dans six cas;
- * diurèse : basse dans tous les cas;
- * cléarence de la créatinine endogène

Elle $\geq$ 20 ml/mn dans quatre cas

$\geq$ 5 ml/mn dans un cas.

- * urée urinaire : normale
- * protéinurie : on la retrouve dans trois cas;
- * cléarence de l'urée : 50% dans tous les cas.

a) Les examens complémentaires

Leur type et leur rythme varient avec le degré du déficit rénal, le type de la néphropathie et l'importance de certaines complications.

- * électrolytes plasmatiques : ils ont peu d'importance si la cléarence de la créatinine reste supérieure à 20 ml/mn.

- . Na : caractère exceptionnel des perturbations de la balance sodée;

on a noté un Na :

- . élevé dans 7 cas
- . abaissé dans 3 cas
- . normal dans 1 cas

. K : si la diurèse descend au dessous de 600 ml/24 h
il a risque d'hypokalcémie;

On a noté un K.

- . abaissé dans 2 cas
- . élevé dans 5 cas
- . normal dans 4 cas
- . Cl : hypochlorémie en cas de vomissements.

On a noté un Cl :

- . abaissé dans 4 cas
- . élevé dans 3 cas
- . normal dans 5 cas

* Electrolytes urinaires : on a noté un :

- . Na : abaissé dans tous les cas;
- . K : abaissé dans 9 cas;
- . Cl : abaissé dans tous les cas.

Dossier	F.N.S.	Hte.	Urée	Prot.T.	Glycém.	Na	K	Cl	Ca	RA	Uricémie
52	2.750.000	14%	5			172	6,1	105		19	
1080	3.980.000		4,35	65		130	5,4	87	62,5		
253	4.740.000		3			147	6,1	90			
774	1.800.000		3,60	65	1,44	148	4,77	110	80	18,3	82
142	4.250.000		1,6			119,5	3,85	84,5			
94	4.700.000		0,88		0,97	142	4,1	98,5	90		77,5
1149	4.060.000		1,18		1	149	4,7	112			
153	2.500.000	15%	7		2,10	117	3,2	84,5		15	
222	3.880.000		6,56	76	1,15	148	5,6	98,5		37	
274			1,50	76	1,56	157	4,2	101	100		
347	2.750.000	25%				161	6,1	112			

Dossier	Diu- rèse	Urée	Protei- nurie	Cl. de la créatinine	Cl. de l'urée	Na	K	Cl	pH
52	600 ml			8 ml/mn		43,5	34	50,5	5
1080	500 ml	14g/100		4,64 ml/mn	6% 4,7 ml/mn				
253						78,6	31	56,2	
774	1100		3,80g/l	6 ml/mn	10%	78	19, 18	93	
142					32% 17,6%	18, 83	28, 13	28,10	
94			0	12 mg/ml	17,7 ml soit 32,7%	tra- ces	43	16	
1149	1200					42	32	56,2	
153	1000		1,80						
222	600	11 g/l	3g/100	18,2 ml/mn		51	40	46	
274	600					tra- ces	51	16,9	
347	500								

- * Réserve alcaline : elle est basse dans 3 cas;
- * protides totaux : ils sont restés dans les limites de la normale dans tous les cas (65 à 85 mg/l)
- * uricémie : hyperuricémie constante;
- * bilan phosphocalcique : calcémie basse dans 2 cas (30 mg/l);
- * glycémie à jeun :
 - normale dans 1 cas de diabète équilibré
 - très élevée dans 1 cas (2,10 g/l)
 - modérément élevée dans 2 cas (1,44 g/l et 1,56 g/l);

De longue date on avait constaté que la glycémie est plus élevée à jeun chez les sujets urémiques que chez les sujets normaux; cependant ces taux très élevés de glucose à jeun évoque plutôt un diabète, mais nous n'avons pas pu approfondir ce point car les malades ont sombrés rapidement dans la phase terminale.

(4) Evolution et traitement

L'évolution de l'I.R.C. se fait inexorablement vers la phase terminale et parfois très rapidement (en moins d'une année). Des accidents, tels que infections urinaires, insuffisance cardiaque peuvent accélérer le cours de la maladie.

Le seul moyen thérapeutique mis en oeuvre a consisté en des mesures symptomatiques, à savoir, thérapeutique de la sécrétion azotée, des troubles hydro-électrolytiques, des désordres cardiovasculaires, la prévention de facteurs d'aggravation de l'insuffisance rénale.

Mais pour des valeurs inférieures à 10 ml/mn de la cléarance de la ~~creatinine~~ endogène, les mesures symptomatiques sont insuffisantes et seules les mesures diététiques particulières et les procédés d'épuration extrarénale sont susceptibles d'atténuer les conséquences métaboliques facheuses de l'I.R.

Ces derniers moyens thérapeutiques n'ont pas pu être mis en oeuvre malheureusement et encore moins la transplantation rénale qui constitue le seul espoir actuel de l'I.R.C. arrivée au stade ultime de son évolution.

Les résultats

Pour 11 malades qui ont présentés une I.R.C. on a enregistré :

- 7 décès dont :

* 6 pour coma urémique terminale;

* 1 par défaillance cardiaque avec collapsus cardiovasculaire.

- 4 états stationnaires

COMMENTAIRES

De la revue des différentes affections néphrologiques et urologiques présentées par nos malades, il ressort d'emblée que c'est une pathologie très variée que nous voyons dans le cadre d'un hôpital militaire.

A travers ces malades il nous est permis :

- d'envisager la pathologie urinaire en ALGERIE puisque l'hôpital draine des malades provenant de tout le pays;

- démontrer la diversité des moyens d'investigations à mettre en oeuvre pour le diagnostic;

- de souligner les divers moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux qui s'avèrent indispensables.

A/ ORGANISATION DES SERVICES D'UROLOGIE ET DE NEPHROLOGIE

1) Fréquence des maladies urinaires en hôpital militaire

Nous avons retrouvé 160 dossiers de maladies urinaires que nous avons présentés, et environ 40 dossiers qui étaient inexploitables. Ce qui nous donne un total de 200 dossiers soit 6,09% des malades hospitalisés dans des services non spécialisés de médecine et de chirurgie. Ce chiffre serait encore beaucoup plus élevé :

- si on avait inclus les dossiers de pédiatrie (que nous n'avons pas pu utiliser);

- si on tenait compte des malades non hospitalisés et qui devraient l'être (ainsi nous n'avons pas noté de cas de glomerulonephrite aiguë hospitalisés);

- s'il nous était possible de garder plus longtemps en survie, grâce à des traitements modernes, les cas d'insuffisances rénales chroniques avancées.

Nous pensons qu'il est important d'envisager la mise en place d'une unité de néphrologie et d'urologie en raison du nombre élevé de maladies urinaires hospitalisées.

2) Associations d'Actes Médicaux et Chirurgicaux pour le diagnostic et le traitement des maladies urinaires

Le diagnostic et le traitement des affections néphrologiques et urologiques peut revêtir :

* soit un aspect purement médical, comme :

- les explorations fonctionnelles rénales,
- la diététique spécialisée,
- les épurations extra-rénales,
- les diurèses forcées et tous les traitements

médicaux.

* Soit un aspect purement chirurgical, comme :

- lombotomie pour biopsie du rein,
- chirurgie urinaire,
- chirurgie de la prostate;

* soit enfin un aspect médico-chirurgical, comme :

- ponction biopsie du rein,
- cystoscopie,
- ureteroscopie,
- U.P.R., etc..

Cette association de moyens médicaux et chirurgicaux, indispensables pour le diagnostic et le traitement de nombreuses maladies urinaires, justifie pleinement l'existence d'un service spécialisé unique d'urologie et de néphrologie.

3) Service spécialisé avec unités fonctionnelles

A l'intérieur de ce service spécialisé de néphrologie et d'urologie, il apparaît indispensable d'aménager des unités fonctionnelles qui auront chacune une mission bien précise en matière :

* d'explorations particulières telle que :

- études fonctionnelles rénales,
- endoscopie, etc...

* ou de soins très spécialisés tel que :

- diététique,
- épuration extra-rénale,
- chirurgie urinaire habituelle,
- et dans l'avenir chirurgie spéciale des

transplantations rénales.

La création d'un service spécialisé de néphrologie et d'urologie permettra enfin, dans le cadre d'un centre hospitalo-universitaire, de remplir véritablement son triple rôle : enseignements, soins et, recherches.

4) Nécessité de l'Association de Services Compétents permettant le diagnostic

La bonne marche d'un service spécialisé est bien entendu liée à l'existence d'une infrastructure compétente en matière d'explorations complémentaires telles que :

- radiologie : techniques urologiques particulières
opacifications vasculaires;
- biochimie : examens les plus divers et les plus
sensibles possibles;
- bactériologie et parasitologie;
- anatomie pathologique : examinateur spécialisé en
néphrologie et emploi du microscope électronique et de l'immunofluorescence.

B/ COMMENTAIRES CONCERNANT LA PATHOLOGIE URINAIRE ETUDIEE

Ce travail apporte également des données précises concernant certaines affections ou symptômes urinaires en ALGERIE.

1) Les lithiases

Les lithiases urinaires représentent le groupe d'affections urologiques le plus important. Nous rapportons, dans notre étude, 25 cas de lithiases confirmées, soit un malade sur six. Mais le chiffre réel est certainement plus important car l'étiologie lithiasique n'est pas toujours affirmée avec certitude. Ainsi, chez bon nombre de malades, ayant présentés des crises de coliques néphrétiques dites essentielles, la lithiase est fortement suspectée.

Les lithiases d'organe, dans lesquelles on constate une anomalie morphologique ou fonctionnelle, siégeant à n'importe quel niveau de l'appareil urinaire sont beaucoup plus fréquente que les lithiases d'organisme dans lesquelles on met en évidence une anomalie biochimique précise. Néanmoins il faut remarquer que la frontière entre ces deux types de lithiases est souvent difficile à établir car il peut se produire une intrication des deux phénomènes : un même malade peut présenter à la fois une anomalie biochimique et une malformation de l'appareil urinaire, le plus souvent une anomalie de la jonction.

La nature chimique des calculs est intéressante à établir pour guider la thérapeutique et la prophylaxie. Mais elle n'a pu, dans la majorité des cas, être élucidée. Nous avons pu déterminer avec précision cette nature dans dix cas. Chez ces malades nous avons retrouvé les résultats classiquement admis, à savoir que les lithiases oxaliques sont les plus fréquentes (5 cas); puis nous trouvons les lithiases uriques (3 cas) et calciques (2 cas). Nous n'avons pas trouvé de lithiasse cystinique qui est beaucoup plus rare.

L'évolution de ces lithiases est variable. Parfois, le malade parvient, spontanément ou grâce aux antispasmodiques et une diurèse forcée, à éliminer le calcul et tout rentre dans l'ordre. Dans d'autres cas la lithiasse est source de complications. Ces complications, mécaniques (9 cas) ou infectieuses (5 cas), sont communes à toutes les lithiases et peuvent entraîner, si elles ne sont pas traitées, la perte anatomique ou fonctionnelle du rein.

Ainsi, après ces différentes constatations, il ressort l'intérêt d'un dépistage précoce de la lithiasse (grâce à l'U.I.V. surtout) et d'un diagnostic étiologique qui seul permet d'éviter les récidives et les risques d'évolutions très graves.

Il nous faudra donc corriger les malformations urinaires par la chirurgie, dans les lithiases d'organe et, dans les lithiases d'organisme, corriger les troubles métaboliques afin de diminuer l'excrétion urinaire de la substance en cause. Soulignons également l'intérêt d'un traitement alcalinisant des urines pour permettre la dissolution des calculs uriques.

2) Les malformations

Les malformations de l'appareil urinaire sont fréquentes en ALGERIE. Nous en avons observées 18 cas, pour 160 malades hospitalisés, soit une malformation pour 9 malades.

OUCHERIF A., a souligné la fréquence des symphyses rénales, notamment du rein en fer à cheval : un cas pour 250 malades hospitalisés en urologie à l'hôpital Mustapha. Mais ces chiffres nous permettent uniquement d'entrevoir la fréquence réelle de cette affection, car les malformations n'ont pas de symptomatologie propre et très souvent restent asymptomatiques. Aussi on ignore l'importance et l'évolution d'un grand nombre d'entre elles qui n'ont jamais fait l'objet d'une consultation. Un nombre important de malformations n'est découvert qu'à un âge avancé.

La malformation de l'appareil urinaire demeure souvent une découverte fortuite. Elle est décelée dans deux circonstances essentiellement :

* soit parcequ'elle s'est traduite par des signes fonctionnels non spécifiques (douleurs, hématuries) qui ont fait demander une U.I.V.,

* soit parcequ'elle a entraîné des complications à type de lithiases (5 cas), d'infections (6 cas), d'hydronephroses (2 cas) et d'hypertension artérielle (1 cas). La malformation est découverte à cette occasion grâce à l'U.I.V.

L'U.I.V. constitue l'examen capital pour le diagnostic. Elle permet en outre d'apprécier le retentissement sur l'appareil urinaire, et guide la thérapeutique.

Le manque de symptomatologie et de sanctions thérapeutiques, dans les formes non compliquées, font que les malformations de l'appareil urinaire sont en général mal connues. Elles ont été, chez nos malades, très variées quant à leur siège, leur type, et leurs manifestations cliniques. Il a été rapporté par ZMERLI, COURT et ARKAM des cas de reins ectopiques qui se sont manifestés par un syndrome abdominal aigu.

Aussi, méconnaître les malformations urinaires c'est s'exposer à des erreurs diagnostiques qui peuvent être fatales pour l'avenir fonctionnel du rein. Il faut pratiquer systématiquement une U.I.V. dès qu'on a le moindre doute.

C/ BILHARZIOSE URINAIRE

La bilharziose uro-génitale est la maladie la plus répandue dans le monde. Elle frappe, selon l'O.M.S., 250 millions d'individus.

L'ALGERIE est un pays d'endémie bilharzienne, et la maladie est très fréquente en milieu militaire pour deux raisons :

* du fait de la présence de foyers autochtones d'endémie bilharzienne;

* du fait du grand nombre de militaires algériens contaminés au MOYEN-ORIENT et qui sont des porteurs et des disséminateurs d'oeufs. Ainsi BOUSTAKI D. a analysé 100 cas de bilharziose urinaire importée en milieu militaire (n° 18).

Dans notre étude, nous rapportons 10 cas de bilharziose urinaire. Cinq de ces malades ont contracté la maladie au MOYEN-ORIENT, et les cinq autres proviennent de FONDOUK, foyer autochtone d'endémie bilharzienne. La maladie a été aisément soupçonnée chez ces malades, devant la symptomatologie habituelle (hématurie et pollakiurie) et la notion de contamination.

La recherche d'oeufs de schistosoma haematobium dans les urines n'est pas toujours positive du fait du caractère discontinu des pontes et des difficultés de mise en évidence de ces oeufs (nécessité d'un laboratoire averti).

Aussi nous insistons particulièrement sur la cystoscopie qui constitue un examen capital et indispensable pour le diagnostic. Elle permet en outre de préciser le degré de l'atteinte vésicale, d'évaluer les séquelles et de contrôler l'effet du traitement.

Enfin nous signalons l'intérêt du test en immunofluorescence qui est un garant de la guérison, donc de la fin de la dissémination après traitement.

Le diagnostic de bilharziose urinaire doit être précoce. En effet la médication est inefficace sur la sclérose cicatricielle lorsqu'elle s'est constituée et sur l'insuffisance rénale lorsqu'elle s'est installée : on ne pourra espérer qu'une stabilisation.

Mais la médication par le Nitrothiazole (Ambilhar) est remarquablement efficace sur la bilharziose urinaire en évolution. De plus elle est assez bien tolérée.

Cependant pour éviter le risque de récurrences (3 cas parmi nos malades) et de diffusions de la maladie, il nous faut porter toute notre attention sur la prophylaxie de la bilharziose, à savoir la destruction des hôtes intermédiaires de la maladie et le traitement de tous les sujets infectés. Ce n'est qu'à ce prix qu'on pourra assister au recul de la maladie.

4) H é m a t u r i e s

L'hématurie est un signe fréquemment rencontré en néphrologie et en urologie. Elle nécessite souvent des investigations nombreuses et variées pour rechercher avec succès une de ses nombreuses étiologies.

Nous avons observé une hématurie pour 68 malades, soit 42,5% des cas. Nous en avons précisé le caractère : total (39 cas) ou terminale (26 cas) ou initiale (3 cas). Cette hématurie était isolée dans (33 cas) ou accompagnée d'un cortège symptomatique dans (35 cas).

Le diagnostic des hématuries est à la fois topographique et étiologique. C'est ainsi que nous avons pu rattacher l'hématurie à une cause précise dans 47 cas, soit 69% des malades. En ce qui concerne le rein et les voies excrétrices hautes (25 cas), nous avons trouvé surtout des lithiases (12 cas). Pour ce qui est de la vessie (20 cas) nous avons retrouvé surtout des bilharzioses (9 cas) et ensuite des lithiases (4 cas). Cependant, malgré toutes les investigations entreprises un grand nombre d'hématuries restent inexpliquées : 21 cas pour 68 hématuries, soit 31%. Ce pourcentage très élevé pourrait être réduit si l'on tient compte des 11 malades (soit 52% des hématuries essentielles) pour lesquels l'hypothèse d'une lithiasse ou d'une infection est vraisemblable.

Il est indispensable dans les cas d'hématuries essentielles d'entreprendre des recherches plus poussées grâce notamment à :

- * l'artériographie rénale qui permet de déceler une tumeur rénale à son début ou une anomalie vasculaire;

- * la biopsie rénale qui permet de déceler une néphropathie glomérulaire hématurique.

Malgré toutes les investigations possibles, il demeure toujours un certain nombre d'hématuries qui restent inexpliquées. Chez ces malades il convient d'exercer une surveillance régulière et de répéter les explorations.

5) Coliques néphrétiques

La colique néphrétique est un symptôme qui peut accompagner ou révéler de nombreuses affections urologiques. Elle est fréquemment rencontrée : nous l'avons observée chez 53 malades soit dans $1/3$ des cas. Elle s'est présentée sous sa forme typique dans $2/3$ des cas et sous une forme atypique ou fruste dans $1/3$ des cas.

Lorsque l'étiologie est reconnue, on observe autant de crises douloureuses siégeant à droite qu'à gauche. Dans les cas où l'étiologie est méconnue la localisation droite est plus fréquente.

En ce qui concerne les coliques néphrétiques en rapport avec une étiologie définie, les crises douloureuses sont révélatrices de la maladie dans 18 cas (soit 72% des cas). Dans les 7 autres cas (soit 28% des cas) elles font partie d'un ensemble symptomatique. Ce fort pourcentage de coliques néphrétiques révélatrices d'une affection urologique souligne l'intérêt que l'on doit accorder à ce symptôme, même s'il est isolé, dans le dépistage de certaines maladies .

Le diagnostic étiologique d'une colique néphrétique n'est pas toujours aisé. Nous sommes parvenus à rattacher la crise douloureuse à une cause précise chez 25 malades, soit dans 47% des cas seulement. Nous avons trouvé surtout des lithiases (17 cas) et des malformations (6 cas).

Ainsi dans 28 cas, soit 53% des malades, malgré toutes les investigations pratiquées, on a pu reconnaître à la crise douloureuse une cause précise. Cependant, chez 8 malades, soit 1/3 de ces cas, il est probable que la lithiase est la maladie responsable.

Malgré cette réserve il n'en demeure pas moins que ces crises de coliques néphrétiques sans étiologie précise, représentent un pourcentage beaucoup trop important. Nous ne manquerons pas de souligner que ces crises douloureuses témoignent de l'existence d'une maladie dont l'évolution, en l'absence de traitement, peut être grave pour l'avenir du parenchyme rénal.

6) P r o t e i n u r i e s

La protéinurie est un signe fréquemment rencontré et qui peut révéler un grand nombre de néphropathies, d'uropathies ou même d'affections générales.

Parmi les 34 cas de protéinuries que nous avons rapportés, il nous est possible de retrouver une étiologie précise chez 27 malades : surtout des insuffisances rénales chroniques probablement glomérulaires (7 cas) et des lithiases (6 cas).

Mais, malgré toutes les investigations cliniques, biologiques et radiologiques pratiquées, nous n'avons pas pu rattacher la protéinurie à une affection précise chez 7 malades. Dans 3 cas, il s'agit probablement de protéinuries séquellaires, car il existe de fortes suspicions de glomérulo-

néphrites aiguës dans les antécédants. Dans deux cas, la protéinurie est isolée. Pour les deux derniers malades, la protéinurie se trouve associée à une colique néphrétique, elle même inexpliquée.

Chez tous les malades porteurs d'une protéinurie il est nécessaire de pratiquer une exploration complète et précoce dans un centre spécialisé, disposant de tous les moyens d'investigations. Ainsi URUMBERRY et coll. ont souligné l'importance de l'analyse électrophorétique et immuno-électrophorétique des protéides urinaires (n° 22). La biopsie rénale, examen que nous n'avons que rarement pratiqué, est d'un apport essentiel pour l'étude des protéinuries : elle nous renseigne sur la nature et l'étendue des lésions rénales et éventuellement sur leurs causes.

L'exploration d'une protéinurie dans le cas d'une expertise est, d'ordinaire, une éventualité fréquente en milieu militaire. Mais nous avons éliminé de notre étude un certain nombre de dossiers qui étaient inexploitable

7) N e p h r o p a t h i e s

Les néphropathies constituent le chapitre le plus important de notre étude, car elles sont très souvent l'objet de nombreuses difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

a) Nous n'avons pas observé de néphropathies glomérulaires aiguës

L'absence de cas de néphropathies glomérulaires aiguës, dans notre étude est pour le moins curieuse, alors que l'on connaît bien l'incidence de l'infection streptococcique dans notre pays, et le grand nombre de malades traités pour cette affection dans les hôpitaux civils. Les néphropathies glomérulaires aiguës sont certainement aussi fréquentes, si ce n'est plus, en milieu militaire; et il faudrait admettre alors que ces malades n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation, ce qui est fort regrettable car source, très souvent, de complications fâcheuses.

b) Nous n'avons pas retrouvé de néphropathies vasculaires

Les néphropathies vasculaires ne sont pas rares. Nous n'avons retenu ce diagnostic que dans un cas d'insuffisance rénale chronique avec antécédants d'hypertension artérielle. Mais cela est parfaitement compréhensible car nos malades sont vus à un stade tardif, alors qu'il est impossible de reconnaître le caractère primitivement vasculaire de la néphropathie.

c) Nous n'avons observé qu'un seul cas de tuberculose rénale

Il s'agit d'un malade traité depuis 1967 pour tuberculose rénale et admis en insuffisance rénale chronique au stade terminal. Ce cas isolé de tuberculose rénale ne reflète certainement pas la réalité dans un pays où la tuberculose constitue encore un véritable fléau social.

d) Les néphropathies intersticielles aiguës

Nous n'avons pas observé de néphropathies intersticielles aiguës chez les hommes. Les 3 cas que nous rapportons ont été retrouvés chez des femmes enceintes.

Cela témoigne d'une carence dans le dépistage d'une affection qui revêt souvent une forme fruste.

e) Syndromes néphrotiques

Deux malades seulement présentent un syndrome néphrotique. Cette affection est en réalité beaucoup plus fréquente. Ainsi il a été présenté, en 1970, à la société de médecine, un travail concernant 84 cas de glomérulopathies histologiquement prouvées parmi lesquelles on a noté 32 cas de syndromes néphrotiques de l'adulte (n° 31).

Le syndrome néphrotique pur primitif, qui est l'apanage de l'enfant, n'est pas rare chez l'adulte jeune. Il est décelé à l'occasion d'un syndrome oedémateux, ou fortuitement lors de la découverte d'une protéinurie à l'occasion d'une vaccination ou du service militaire pour les appelés.

Le syndrome néphrotique secondaire est beaucoup plus fréquent et il n'est qu'un mode de réponse du rein à des affections extrêmement variées (leucémie lymphoïde chronique chez notre malade). Le diagnostic étiologique du syndrome néphrotique secondaire s'avère souvent très difficile et il nécessitera alors des investigations nombreuses, variées et complexes.

Il nous faut souligner, à cette occasion, l'intérêt de la biopsie rénale qui apporte des précisions concernant le pronostic et l'indication thérapeutique. C'est un examen capital du fait des correlations qui existent entre l'aspect histologique et la réponse aux traitements.

f) Insuffisance rénale aigue

Nous n'avons observé qu'un seul cas d'insuffisance rénale aigue mais c'est un accident assez fréquent de nos jours.

Les insuffisances rénales aiguës se voient aujourd'hui compliquant : un traumatisme ou un acte chirurgical (n'importe lequel), un post-abortum septique, des troubles métaboliques divers, une uropathie, une glomérulonéphrite, une intoxication etc..

Grâce aux progrès thérapeutiques, le pronostic de ces insuffisances rénales aiguës a été grandement amélioré, mais la mortalité reste encore très élevée. En effet, selon la société de médecine, dans 30% des cas, les malades sont admis tardivement dans le service de réanimation, au moment où ces insuffisances rénales aiguës ne sont plus réversibles (n°32).

Mais il faut s'élever contre l'avis des praticiens qui évoquent trop souvent l'évolution inéluctable de ce redoutable accident, alors que des gestes simples mais adaptés, en milieu néphrologique, permettent parfois de rétablir une situation qui paraissait comprise.

Ainsi nous avons observé chez notre malade une reprise rapide de la diurèse après l'emploi du furosemide à forte dose en perfusion. Le mode d'action de ce produit reste encore mal déterminé. Mais à des doses élevées, de l'ordre de 20 à 40 mg par heure, il semble très efficace si le traitement est précoce. L'efficacité est nulle en cas de traitement tardif.

Dans les services spécialisés, la défaillance aiguë de la fonction rénale ne constitue plus de nos jours un problème insurmontable, car il est possible de suppléer les fonctions rénales absentes grâce à la dialyse péritonéale et surtout au rein artificiel.

g) Néphropathies glomérulaires chroniques sans insuffisances rénales chroniques

Les néphropathies glomérulaires chroniques seraient certainement plus fréquentes dans notre étude (2) si elles étaient toutes dépistées, et cela à un stade précoce de la maladie, tant qu'il est encore possible d'affirmer la nature glomérulaire de la néphropathie par l'examen histologique.

Nous ne possédons pas de recul suffisant pour apprécier l'évolution de nos deux cas, mais il n'existe aucun traitement actuel permettant d'empêcher l'évolution des néphropathies glomérulaires chroniques vers l'insuffisance rénale chronique.

h) Insuffisances rénales chroniques

La plupart des néphropathies sont susceptibles d'évoluer vers l'insuffisance rénale chronique. A un stade avancé de l'insuffisance rénale, il n'est plus possible de préciser la lésion primitive. C'est le cas de 11 de nos malades qui sont hospitalisés au stade d'insuffisance rénale chronique avancée.

Nous avons identifié l'atteinte rénale dans un cas : il s'agit d'une néphropathie intersticielle chronique en rapport avec une goutte. Dans ce type d'affection, l'insuffisance rénale chronique évolue progressivement. La fréquence des néphropathies intersticielles chroniques est impossible à établir, car le diagnostic repose sur l'histologie, et la biopsie rénale est rarement pratiquée. Elle constitue pourtant un examen capital tant pour établir un diagnostic que pour juger de l'évolution et influencer la thérapeutique des affections rénales chroniques. Pour CHOUITER : " la ponction biopsie rénale est le complément indispensable d'une exploration rénale consciencieuse " (n° 13). Cet examen, qui n'est pas anodin, requiert certaines conditions pour être rentable.

Le prélèvement doit être pratiqué, si possible, toujours par le même opérateur, et la lecture devra être faite par un anatomopathologiste spécialisé en néphrologie, non seulement en microscopie optique mais aussi en microscopie électronique et en immunofluorescence.

L'insuffisance rénale chronique est la première affection inexorablement mortelle qui débouche sur une survie prolongée. Mais de nombreux facteurs tels que les infections, les déséquilibres hydroélectrolytiques et surtout les thérapeutiques inadaptées pourront accélérer la " destruction néphronique ".

Les insuffisances rénales nécessitent donc une étude soignée et un traitement en milieu spécialisé si l'on souhaite voir diminuer le nombre de malades qui se présentent au stade terminal (11 cas dont 7 décès rapides). A ce stade, les mesures symptomatiques s'avèrent insuffisantes et on doit faire appel à des traitements particuliers. Ainsi les prescriptions diététiques devront faire l'objet d'une étude précise car l'apport protidique alimentaire ne doit pas dépasser les possibilités d'excrétion du rein et ne pas aggraver le déficit fonctionnel rénal, tout en assurant un état de nutrition convenable. A un stade plus avancé on a recours au régime de GIOVANETTI afin de retarder au maximum le moment de l'épuration extra-rénale. Ce régime a pour principal intérêt de supprimer les troubles digestifs de l'urémie et d'atténuer souvent le syndrome hyperazotémique.

Il arrive cependant un moment où toutes les mesures symptomatiques deviennent insuffisantes et seule l'épuration extra-rénale peut maintenir en survie le malade. En effet la dialyse péritonéale n'est guère utilisable dans l'insuffisance rénale chronique en raison du risque d'infection et de la répétition fréquente des séances de dialyse.

Le rein artificiel n'est pas simplement un organe de suppléance réservé au traitement curatif des insuffisances rénales aiguës, mais il permet également le maintien, dans des conditions de survie confortable, d'un nombre important et sans cesse croissant de malades atteints d'insuffisance rénale chronique. En considérant uniquement un apport annuel de 10 insuffisances rénales chroniques et compte tenu de la survie moyenne obtenue, nous aurions, en trois ans, déjà plus de 30 malades qui pourraient bénéficier d'une hémodialyse périodique. Ce nombre augmenterait encore au cours des années suivantes.

A raison de deux à trois séances hebdomadaires d'hémodialyse, le rein artificiel permet de corriger les quatre grands désordres qui caractérisent l'urémie chronique : rétention azotée, rétention d'ions H^+ , rétention d'eau et de sodium, et rétention de potassium.

Enfin l'épuration extra rénale prépare les malades à la transplantation rénale qui constitue la méthode idéale du traitement actuel de l'insuffisance rénale chronique arrivée au stade ultime de son évolution.

On ne peut envisager, actuellement, la diffusion des transplantations rénales dans notre pays, mais le rein artificiel s'avère par contre indispensable dans une unité de soins intensifs.

En attendant la création de ce service spécialisé de néphrologie et d'urologie, le néphrologue ne doit pas oublier sa mission fondamentale qui est de prévenir ou tout au moins d'enrayer précocement la destruction des néphrons.

8) Les t u m e u r s

Les tumeurs de l'appareil urinaire sont très variées quant à leurs localisations, leurs formes anatomopathologiques, leurs problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

Le dépistage peut et doit être précoce si l'on met en oeuvre toutes les investigations nécessaires dès l'apparition des premières manifestations urologiques.

a) Les tumeurs rénales

Les tumeurs rénales sont fréquentes en ALGERIE; nous en avons hospitalisé ~~est~~ trois cas.

Nous n'avons pas observé, durant la période considérée, de tumeurs de l'urothelium qui sont assez fréquentes selon ZMERLI et ARKAM (n° 36). De même SALEM et ASKAR ont souligné l'importance des kystes hydatiques du rein (n° 30 et n° 8). Cependant, ces tumeurs sont très rares dans l'ensemble des tumeurs rénales.

Les tumeurs que nous avons observées se sont manifestées par une symptomatologie bruyante : hématuries, douleurs et masse lombaire. Mais il est bien connu, que les cancers du rein revêtent dans 1/3 des cas une symptomatologie d'emprunt.

Tout l'intérêt de cette pathologie tumorale réside dans le problème diagnostique : comment reconnaître, en présence d'une image de tumeur du rein, le kyste qui ne requiert en général aucune sanction thérapeutique,

du cancer du rein qui nécessite une néphrectomie élargie. Dans bon nombre des cas, la clinique et l'U.I.V. ne suffisent pas et on fait appel aux opacifications vasculaires, comme cela a été le cas pour deux de nos malades.

b) Les tumeurs vésicales

Le diagnostic des tumeurs vésicales repose sur l'urographie et la cystoscopie. Nous n'avons pas pu pratiquer d'examen cytologique des urines en vue de rechercher des cellules néoplasiques; examen qui a une grande valeur quand il est positif.

Le pronostic des tumeurs vésicales est toujours difficile à fixer et le traitement mal codifié. Le choix entre toutes les armes thérapeutiques (thérapeutiques chirurgicales, endoscopiques, physiothérapiques et chimiothérapiques) est fonction des habitudes et des possibilités techniques du service.

c) Tumeurs prostatiques

Les adénomes prostatiques sont fréquents et de diagnostic aisé, le plus souvent. Mais parfois le diagnostic différentiel avec le cancer est délicat et la question ne sera tranchée que par l'examen histologique de la pièce d'adénomectomie.

De plus on sait que dans 4 à 10% des cas, selon les auteurs, les prostates adénomyomateuses contiennent un foyer tumoral malin, ce qui devrait rendre obligatoire l'examen anatomopathologique des pièces opératoires, examen qui n'a pas été pratiqué pour nos malades.

9) Infections urinaires basses

Les infections urinaires basses sont très fréquentes (24 cas) et parfois seuls les examens radiologiques et urologiques permettent d'en préciser la localisation. Elles sont souvent de traitement difficile, et le risque ~~majeur~~ réside dans le danger du passage à la chronicité avec atteinte ~~se-~~condaire du parenchyme rénal.

Les échecs du traitement sont attribués à deux causes principales :

- * les souches résistantes qui apparaissent souvent au cours du traitement;

- * les anomalies des voies urinaires qui entretiennent l'infection.

C'est ce qui explique le nombre important d'infections chroniques que nous avons observées.

/// O N C L U S I O N

La revue des maladies urinaires observées durant une année dans un milieu hospitalier militaire permet de tirer certaines conclusions en ce qui concerne :

1/ La fréquence des maladies urinaires :

les maladies urinaires occupent une place importante : 6,09% de l'ensemble des malades hospitalisés en médecine et en chirurgie.

2/ La diversité et souvent la complexité des maladies rencontrées

La pathologie observée est très riche et elle nous a permis d'apporter quelques données précises à propos de certaines affections néphrologiques et urologiques en ALGERIE.

De plus c'est une pathologie qui est souvent la source de nombreuses difficultés diagnostiques, quand elle ne demeure pas inexpliquée, comme dans bon nombre de coliques néphrétiques, d'hématuries et de protéinuries.

La thérapeutique se heurte parfois, du fait de nos possibilités techniques réduites, à des problèmes difficiles pour ce qui est de certaines techniques chirurgicales ou du traitement des affections rénales chroniques avancées. Ailleurs, et c'est le cas de la bilharziose urinaire, elle soulève des problèmes d'épidémiologie et de prophylaxie.

3/ La nécessité d'un dépistage précoce

En effet, les lésions rénales, qu'elles soient initialement glomérulaires, intersticielles ou vasculaires ont d'autant plus de chances d'être combattues avec succès qu'elles sont dépistées précocement.

Mais on voit encore trop d'adultes jeunes mourir d'une uropathie ou d'une néphropathie qui aurait été curable quelques années plus tôt, et que des examens systématiques simples, régulièrement pratiqués, pourraient dépister.

4/ L'intérêt de la mise en place d'un service spécialisé et commun de néphrologie et d'urologie

Un tel service, disposant de tous les moyens d'investigations et de thérapeutiques actuels est souhaitable pour deux raisons :

- d'abord pour permettre au C.H.U. de remplir véritablement son triple rôle :

- soins intensifs
- enseignement
- recherches

- ensuite pour favoriser et harmoniser l'implantation de centres satellites dans les hôpitaux régionaux.

BIBLIOGRAPHIE

Elle concerne les travaux et les thèses publiées en ALGERIE depuis 1962

1. ABOULOULA M.

Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant.

Annales Algériennes de Chirurgie 1968, n° 1, p. 73 à 82.

2. ABOULOULA M., BEKKAT M. et BOUAYAD R.

Rein ectopique en fer à cheval associé à une malformation de la jonction pyeloureterale et de l'oreille externe.

Annales Algériennes de Chirurgie 1968, n° 3, p. 43 à 46.

3. ABOULOULA M., MUSTAPHA Y. et BOUAYAD R.

Traumatisme fermé de l'abdomen avec migration thoracique du rein gauche desinséré.

Annales algériennes de chirurgie 1970,n° 1, p. 36 à 37.

4. AIT-ABDALLAH F.Z.

Les fistules uretero-vaginales (10 cas).

Thèse de médecine, 1972, Alger.

5. AIT-BELKACEM A.

Les troubles des voies urinaires basses après les investigations gynécologiques.

Thèse de médecine, 1966, Alger.

6. AMAR E.

La place de la vessie de substitution dans le traitement des cancers de la vessie.

Thèse de médecine, 1962, Alger.

7. ARKAM B.

Contribution à l'étude du rein ectopique dans le bassin.
Thèse de médecine, 1967, Alger.

8. ASKAR B.

Le kyste hydatique du rein.
Thèse de médecine, 1970, Alger.

9. ASSAN R.

Le glomérulohyalinose diabétique.
Thèse de médecine, 1962, Alger.

10. BAZARBACHI H.

Uretre féminin de substitution par lambeau vaginal tubule (8cas).
Thèse de médecine, 1968, Alger.

11. BELHANI M., BELKHODJA A., TIMSIT G., HAMLADJI R., COLONNA P.

Goutte et néphropathies : intérêt des inhibiteurs de la xanthine oxydase.
Algérie médicale : 1969, n° 1, p. 79 à 85.

12. BELHANTEUR A.

Contribution à l'étude du syndrome néphrotique au cours de la maladie de Hodgkin (2 cas).
Thèse de médecine, 1969, Alger.

13. BENALYCHERIF F.

Contribution à l'étude de l'uretère rétrocave (2 cas).
Thèse de médecine, 1969, Alger.

14. BENISSAN C.

Le syndrome néphrotique pur idiopathique de l'enfant (47 cas observés en C.M.I.)

Thèse de médecine, 1962, Alger.

15. BENMILOUD M., KAZI T., ZMERLI S.

Utilisation thérapeutique du phosphore dans les lithiases.

Algérie médicale, 1971, n° 2, p. 177 à 182.

16. BENNAI M.

Contribution à la simplification de la technique en chirurgie urologique.

Thèse de médecine, 1967, Alger.

17. BENSENOUCI K.

Contribution à l'étude des dysalbuminémies héréditaires (1 cas).

Thèse de médecine, 1972, Alger.

18. BOUSHAKI D.

La bilharziose urinaire importée et le risque de dissémination en Algérie.

Thèse de médecine, 1972, Alger.

19. CHOUTER A.

La ponction biopsique rénale dans les affections rénales chroniques de l'adulte.

Thèse de médecine, 1968, Alger.

20. CHOUTER A., TIMSIT G., OULD-ACUDIA J., YAKER A. et COLONNA P.

La ponction biopsie du rein chez l'adulte : intérêt et incidents.
Algérie médicale, 1970, n° 3, p. 245 à 249.

21. FOURNIL C.

Essai de néovessie idéale aux cas de fistules vésico-vaginales
complexes d'origine obstétricale.

Thèse de médecine, 1962, Alger.

22. IRUNBERRY J., TIMSIT G., OULD-ACUDIA J., BELKHODJA L. et COLONNA P.

Intérêt de l'étude électrophorétique et immunoélectrophorétique
des protides urinaires (à propos de 50 observations).

Annales algériennes de chirurgie (1968), n° 3, p. 55 à 62.

23. KELLOU A.

Contribution à l'étude du néo-uretère chez la femme par lambeau
vésical tubule.

Thèse de médecine, 1965, Alger.

24. KLOUCHE T., MANTOURI B., TOUMI M., SALEM et SEROR J.

Sténose bilatérale de l'uretère rénale par fibrose rétro-
péritonéale.

Annales algériennes de chirurgie, 1968, n° 3, p. 29 à 34.

25. LARAKI A., BARTHAL M. et BENSOUDA J.D.

Hémosidérose pulmonaire avec glomérulonéphrite.

Algérie médicale 1969, n° 4, p. 337 à 354.

26. MALLOUM A.

Les tumeurs primitives de l'urothelium des voies excrétrices
urinaires supérieures (13 cas).

Thèse de médecine, 1969, Alger.

27. OUCHERIF A.

Des symphyses rénales : à propos de 17 cas.

Thèse de médecine, 1967, Alger.

28. OULD-AOUDIA J.P.

L'anémie de l'insuffisance rénale chronique.

Thèse de médecine, 1968, Alger.

29. OULD-AOUDIA J.P., TIMSIT G., COLONNA P.

Traitement diététique de l'insuffisance rénale.

Algérie médicale, 1971, n° 1, p. 47 à 50.

30. SALEM A.

Echinococcose rénale (26 cas).

Thèse de médecine, 1969, Alger.

31. SOCIETE DE MEDECINE

Etude de 84 cas de néphropathies glomérulaires observées à Alger.

Algérie médicale, 1971, n° 2, p. 177 à 182.

32. SOCIETE DE MEDECINE

Insuffisance rénale aiguë à Alger.

2ème congrès médical maghrébin, 1972.

33. TEULE A.

Les difficultés du diagnostic étiologique des amyloses rénales.

Thèse de médecine 1965, Alger.

34. ZMERLI S., BARMADA H., MANSOURI R., MALLOUM A., KELLOU A.

Des formes résolutives de l'hématome périrénal lors de la contusion rénale, à propos de 9 cas.

Annales algériennes de chirurgie, 1968, n° 1 p. 85 à 88.

35. ZMERLI S., RAHMOUNI D., BENSALEM H., HAMLADJI O., et BARMADA M.

Kystes hydatiques du rein (18 cas maghrébins).

Annales algériennes de chirurgie, 1968, n° 3, p. 35 à 42.

36. ZMERLI S., BARMADA M., VEDRENNE C., MERADJI B.

Tumeurs primitives du bassinet et de l'uretère.

Annales algériennes de chirurgie, 1968, n° 3, p. 47 à 54.

